

Structure, identité et fonction du rédacteur :**Date de la demande**A retourner à
TeamPsy@ghne.fr

IDENTITE DU JEUNE

NOM :**Prénom :****Né(e) le :****Lieu d'Accueil Actuel** (Adresse, téléphone, nom et fonction du référent) :

Date d'arrivée sur la structure :

MNA : Oui Non **SITUATION FAMILIALE****Coordonnées parentales :**

	PERE	MERE
Nom		
Adresse		
Téléphone		
Autorité parentale	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
DVH		

Fratrie (composition, âge, placement ?) :

Visites fratries :

PRISE EN CHARGE PROTECTION DE L'ENFANCE
--

Référent ASE :

Nom

Téléphone :

Mail :

Adresse :

Placement Judiciaire Administratif



Date de la prochaine **échéance** :

Mesure PJJ associée : Oui Non si oui, laquelle :

Motif du placement :

Date du premier placement :

Antécédents de mesures éducatives :

AED :

AEMO :

Antécédents de lieux d'hébergements (foyer, famille d'accueil etc.) :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Antécédents somatiques (suivi antérieur et/ou en cours) :

- Antécédents d'hospitalisation
- Pathologie antérieur et/ou en cours
- Allergie

Antécédents psychiatriques

- Suivi psychiatrique antérieur et en cours :

- Suivi psychologique antérieur et/ou en cours :

- Hospitalisations en pédiatrie et/ou en pédopsychiatrie pour un motif psychiatrique :

Historique médicamenteux (joindre les anciennes ordonnances) :

Traitement en cours : Oui Non

Si oui, lequel (joindre ordonnance) :

Bilans réalisés (joindre les Comptes-rendus) et suivis antérieurs et/ou en cours :

- Psychomoteur
- Orthophonique
- Neuropsychologique (WISC etc.)



Antécédents familiaux :

- Psychiatrique
- Somatique

Coordonnées **médecin traitant** :

Dossier MPDH : Oui Non
Notifications :

SCOLARITE

Oui Classe actuelle :
Non Résultats scolaires :
Présence en cours
Redoublement :
Date d'arrêt de scolarité :

Etablissement scolaire (nom, ville, coordonnées téléphoniques) :

Maitrise de la langue française : Oui Non

MOTIF DE LA DEMANDE

HISTOIRE DE LA MALADIE :

PLAINTES PSYCHIQUES ACTUELLES :

**ATTENTION : AUTORISATION DE SOINS // ACCORD PARENTAUX POUR LES SOINS
PSYCHIATRIQUES INDISPENSABLE POUR INITIER UNE DEMANDE
A joindre avec la demande**