



DEMANDE D'INCLUSION DANS LE RESEAU LCD

Pédiatrie

PATIENT : Nom :

Prénom :

INCLUSION

Dr :
Tel :

Spécialité :
Mail :

Je suis le médecin traitant
Sécurisé Oui Non

Cachet et signature du médecin
Date : --- / --- / 202

Motif de l'inclusion dans le réseau LCD (merci de cocher) :

- Programme ETP : Remise en mouvement (danse thérapie) en groupe
 Relaxation/Hypnose/Pleine conscience
- Situation complexe nécessitant un regard pluriprofessionnel

DONNEES ADMINISTRATIVES

Identification de l'enfant

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Age :

Sexe : F M

Coordonnées des parents

Parent 1, Nom et prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Titulaire de l'autorité parentale

Logement social /hébergé

Tél. portable/domicile :

Email :@.....

Parent 2, Nom et prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Titulaire de l'autorité parentale

Logement social /hébergé

Tél. portable/domicile :

Email :@.....

Lieu de vie de l'enfant :

Situation familiale

Parents séparés ? Oui Non

Si oui, mode de garde de l'enfant :

Fratrie :

Scolarité

Classe :

Nombre de jours d'école manqués du fait des douleurs sur les 12 derniers mois :

DONNEES MEDICALES**Pathologie douloureuse :**

Localisation de la douleur :

Fréquence de la douleur :

Diagnostic lié à la douleur : migraine céphalées de tension Autre (précisez...)

Antécédents médicaux / familiaux :

Prématurité Oui Non (terme :) Croissance staturopondérale normale Oui Non

Si non : précisez

ATCD Médicaux :

ATCD chirurgicaux :

ATCD d'hospitalisation :

Allergie/CI médicamenteuse : Oui Non Si oui, précisez :

ATCD Familiaux :

Histoire de la maladie (date d'apparition des douleurs...) :

Merci de joindre les CR

Bilan réalisé :



TRAITEMENTS PRESCRITS EN COURS

Nom	Posologie	Date de début	Effets indésirables

PROFESSIONNELS DE SANTE DU PATIENT

Spécialité	Nom et Prénom	Adresse	Tél/ email
	Nom : Prénom :		Tél : Mail:
	Nom : Prénom :		Tél : Mail:
	Nom : Prénom :		Tél : Mail: