



CENTRE DE LUTTE CONTRE L'ÉPILEPSIE

Dossier de demande d'admission

- 1 **Motif de la demande d'admission** **Page 2**
- 2 **Renseignements médicaux pour l'admission** **Page 3**
- 3 **Fiche sociale** **Page 11**
- **Pièces à fournir**

Merci de compléter ce dossier d'admission et de fournir les documents et informations demandés ci-dessous (*dans la mesure du possible, et si concerné*) :

Comptes-rendus neurologiques (derniers comptes-rendus ou synthèses)
Comptes-rendus psychiatriques
Comptes-rendus neuropsychologiques
Comptes-rendus psychologiques
Comptes-rendus éducatifs – projets personnalisés – éducation thérapeutique
Comptes-rendus d'hospitalisations
Comptes-rendus opératoires
Résultats d'exams : EEG, SEEG, IRM cérébrale, scanners
Certificat MDPH antérieur renseigné

Nous vous remercions de tous ces éléments.

Ils nous sont nécessaires pour émettre un avis et orienter au mieux votre demande.

Le dépôt de cette demande d'admission ne vaut en aucun cas la validation de l'admission.

Ce dossier sera étudié en Commission d'Admission.

1. Motif de la demande d'admission

A renseigner par un médecin

Nom de naissance :

Nom usuel :

Prénom :

Sexe : F M

Date de naissance :

Téléphone :

Observation en court séjour (évaluation ou réadaptation thérapeutique au sein de l'Unité d'Observation Neurologique).

Prise en charge en vue d'orientation (réhabilitation médico-psycho-sociale au sein d'une des Unités : Epilepsie Handicap (UEH) / Epilepsie et Troubles Psychiques (UETP) et d'Insertion (UI).

Merci d'étayer votre demande :

2. Renseignements médicaux pour l'admission

Naissance et développement psychomoteur (*Anomalies – précisez*) :

Cursus scolaire :

Parcours professionnel :

Historique du parcours institutionnel (*IME, SESSAD, FAM, SAVS... → précisez l'établissement actuel et ses coordonnées*) :

Historique de l'épilepsie

Age et type de
la 1^{ère} crise :

Fréquence des crises au
début de la maladie :

Evolution générale
depuis le début :

Etat actuel de l'épilepsie

Type d'épilepsie :

Types de crises :

1.

Fréquence :

Horaires des crises (nocturnes / diurnes) :

Crises en série : Oui Non

2.

Fréquence :

Horaires des crises (nocturnes / diurnes) :

Crises en série : Oui Non

3.

Fréquence :

Horaires des crises (nocturnes / diurnes) :

Crises en série : Oui Non

Antécédents d'état de mal épileptique : Oui date(s) : Non

Facteurs favorisants ou déclenchants éventuels :

Complications traumatiques dues aux crises (*fractures, sutures...*) :

Existence de crises non épileptiques :	Oui	Non
Stimulateur du Nerf Vague (VNS) :	Oui	Non
Stimulateur Intra Cérébral :	Oui	Non

Traitements médicamenteux essayés (échecs, intolérances...) :

Traitements médicamenteux actuels (joindre ordonnance complète) :

Antécédents neurochirurgicaux (préciser : type, date, lieu et résultat) :

Efficiace intellectuelle

Lenteur :	Oui	Non
Déficit de l'attention :	Oui	Non
Déficit de la mémoire :	Oui	Non
Trouble du langage :	Oui	Non
Trouble de la vision (si oui préciser) :	Oui	Non

Trouble des relations sociales ou familiales :	Oui	Non
Trouble de l'orientation :	Oui	Non
Troubles cognitifs (si oui préciser) :	Oui	Non

Quotient intellectuel (QI) :

Antécédents psychiatriques

Antécédents de suivi psychiatrique ou psychologique :	Oui	Non
En ambulatoire :	Oui	Non
En hospitalisation :	Oui	Non

Si oui, merci de préciser si possible le motif, la durée, le lieu et la date de la dernière hospitalisation :

Antécédents d'hospitalisation de plus d'un mois :	Oui	Non
--	-----	-----

Antécédents de prise en charge psychiatrique à l'âge adulte :

- | | | |
|---|-----|-----|
| - SDTP (soins psychiatriques à la demande d'un tiers) : | Oui | Non |
| - SRE (soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'Etat) : | Oui | Non |

Antécédents de traitement psychiatrique :	Oui	Non
--	-----	-----

Anxiolytiques :	Oui	Non
-----------------	-----	-----

 Si oui préciser la durée :

Neuroleptiques / Antipsychotiques : Oui Non

Si oui préciser la durée :

Thymorégulateurs : Oui Non

Si oui préciser la durée :

Antidépresseurs : Oui Non

Si oui préciser la durée :

Traitements médicamenteux actuels (joindre ordonnance complète) :

Suivi psychiatrique actuel : Oui Non

Si oui, merci de préciser les coordonnées (téléphones, mails) des correspondants (lieu de prise en charge) :

Conduites addictives actuelles :

Jeux vidéo : Oui Non

Alcool (ivresses répétées et/ou pathologiques) : Oui Non

Cannabis : Oui Non

Autres toxiques : Oui Non

Si autres, préciser :

Diagnostic psychiatrique et/ou troubles de la personnalité connus : Oui Non

Si oui, préciser :

Antécédents de troubles des conduites et du comportement :

Tentative de suicide :	Oui	Non
Automutilation / scarification :	Oui	Non
Hétéro agressivité verbale :	Oui	Non
Violence physique :	Oui	Non
Intolérance à la frustration :	Oui	Non
Fugues :	Oui	Non

Antécédents pathologiques généraux

Antécédents médicaux et chirurgicaux (maladies, accidents, convulsions infantiles, affections du système nerveux central...) :

Allergies :

Autonomie sociale – vie quotidienne

Toilette :

Autonome :

Aide partielle :

Aide totale :

Mobilité :

Marche seul(e) :

Marche avec aide humaine :

Déplacement avec aide technique (déambulateur, fauteuil roulant...) : Oui Non

Peut monter les escaliers : Oui Non

Alimentation :

Mange seul(e) :

Mange avec aide :

Troubles de la déglutition : Oui Non

Régime(s) alimentaire(s) spécifique(s) : Oui Non

Si oui, préciser :

Repas normal :

Repas mixé :

Elimination :

Incontinence urinaire : Oui Non

Incontinence fécale : Oui Non

Soins et appareillages particuliers :

Stomie :

Trachéotomie :

PPC :

Autres :

Poids (kg) :

Taille (cm) :

Coordonnées des médecins spécialistes référents (adresse, téléphone et mail) :

Nom et qualité du médecin ayant rempli ce dossier (adresse, téléphone et mail) :

Courriel :

Date :

Signature et tampon :

3. Fiche sociale

Etat civil du patient

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité :

Situation civile :

Enfant(s) à charge :

Adresse :

Téléphone(s) :

Coordonnées de l'entourage du patient (conjoint / parents / autres) :

Nom(s) et prénom(s) :

Adresse(s) :

Téléphone(s) :

Mail(s) :

Mesure de protection (préciser Tutelle, Curatelle, Sauvegarde de Justice..., ainsi que les coordonnées de la personne qui exerce cette mesure) :

Services sociaux - Précisez les coordonnées (nom, adresse postale et mail) de l'Assistante Sociale et/ou de l'éducateur (trice) référent(e) que vous connaissez :