Fondation La Teppe
Centre de Lutte contre l'Épilepsie

Pour toutes questions, joindre l'infirmière Clinicienne au 04 75 07 59 96

CENTRE DE LUTTE CONTRE L'EPILEPSIE
Dossier de demande d'hospitalisation

Nom de naissance :

Nom usuel :

Prénom :

Sexe : ◯ F ◯ M

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Situation civile : ◯ Célibataire ◯ Marié / Pacsé ◯ Divorcé ◯ Autre :

Enfant(s) à charge : ◯ Oui ◯ Non

1 **Partie médicale** **A REMPLIR par le médecin, p. 2**

2 **Partie socio-administrative /vie quotidienne** **A REMPLIR par l'entourage, p.6**

3 **Pièces à fournir**

Merci de compléter ce dossier d'hospitalisation et de fournir les documents et informations demandés pour l'étude par la ***Commission d'hospitalisation pluridisciplinaire*** ci-dessous***, cocher les cases correspondantes :***

- ☐ **ORDONNANCES A JOUR**
- ☐ Comptes-rendus neurologiques (derniers comptes-rendus ou synthèses)
- ☐ Résultats d'examens : EEG, SEEG, IRM cérébrale, scanners
- ☐ Comptes-rendus psychiatriques et psychologiques
- ☐ Comptes-rendus-neuropsychologiques
- ☐ Comptes-rendus éducatifs – projets personnalisés – éducation thérapeutique
- ☐ Certificat MDPH antérieur renseigné
- ☐ Mesure de Protection judiciaire

A RENVOYER PAR MAIL à admissions@teppe.org
ou par voie postale à :

Fondation La Teppe
Admissions CLE
25 avenue de la Bouterne – CS 9721
26602 Tain-l'Hermitage Cedex

1. PARTIE MEDICALE — A RENSEIGNER PAR UN MEDECIN

MOTIF(S) DE LA DEMANDE

- ☐ **Evaluation des crises :** description, quantification, prise en charge adaptée, diagnostic différentiel **ou Evaluation diagnostique** : Crises épileptiques versus dissociatives fonctionnelles, fréquences et type de crises
- ☐ **Caractérisation syndromique et étiologique de l'épilepsie**
- ☐ **Réadaptation thérapeutique (et surveillance des effets secondaires des traitements)**
- ☐ **Evaluation des comorbidités :** psychiques, neurocognitives
- ☐ **Evaluation des conséquences de la maladie épileptique** sur le plan de l'autonomie, sur le plan moteur, (psychique)…
- ☐ **Éducation thérapeutique**
- ☐ **Séjour de rupture/répit**
- ☐ **Hospitalisation en séjours prolongés en vue d'orientation, de réhabilitation médico-psychosociale.**

Merci d'étayer votre demande :

ETAT ACTUEL DE L'EPILEPSIE :

Type d'épilepsie :

Types de crises :

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

Existence de manifestations fonctionnelles : ◯ Oui ◯ Non

Stimulateur du Nerf Vague (VNS) : ◯ Oui ◯ Non

Stimulateur Intra Cérébral : ◯ Oui ◯ Non

ALD en cours (date de validité) :

Existante d'une déficience intellectuelle : ◯ Oui ◯ Non

EXISTENCE DE TROUBLES PSYCHIQUES :

Troubles de l'humeur : ◯ Oui ◯ Non

Antécédents de tentatives de suicide : ◯ Oui ◯ Non

Suivi psychiatrique : ◯ Oui ◯ Non

➔ Coordonnées du psychiatre :

Suivi psychologique : ◯ Oui ◯ Non

TROUBLES DU COMPORTEMENT :

☐ Fugue

Épisodes clastiques/auto ou hétéro-agressivité ☐ Evènement récent
☐ Evènement ancien

Merci de préciser :

Dépendance toxique :

☐ Aucune

☐ Tabac ☐ Alcool

☐ THC / Cannabis ☐ Cocaïne

☐ Autre : *préciser*

Allergies et intolérances :

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 :

2. Partie sociale et administrative A REMPLIR PAR L'ENTOURAGE

Cursus scolaire :

Parcours professionnel :

Résumé du parcours institutionnel *(IME, SESSAD, FAM, SAVS…Précisez l'établissement actuel et ses coordonnées)*

Autonomie – vie quotidienne

Soins d'hygiène :

◯ 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 Si oui, préciser :

◯ Repas normal ◯ Repas mixé ◯ Autre :

Elimination :

Incontinence urinaire : ◯ Oui ◯ Non

Incontinence fécale : ◯ Oui ◯ Non

Soins et appareillages particuliers :

◯ Stomie ◯ Trachéotomie ◯ PPC

Autres :

Poids : kg

Taille : cm

Social

Coordonnées de l'entourage du patient

Lien avec le patient **:** ◯ conjoint ◯ parent ◯ autre :

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) et notification MDPH (existence RQTH, AAH, SAVS, SAMSAH) :*

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