

## FICHE DE TRANSMISSION

### Pédiatrie / Suivi Neuro Adulte

(Document qui sera intégré dans Dx)

#### Médecin référent pédiatrique :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

IPP :

Adresse :

N° tél :

Mail :

#### Histoire de la maladie :

- Diagnostic posé :
- Génétique identifié :  oui  non Si oui :
- Date de la dernière consultation :

#### Chirurgie orthopédique :

- Arthrodèse :  oui  non
- Besoin de réévaluation  oui  non

Atteinte respiratoire :  oui  non

- Dernier EFR (date/CV) :
- Dernière examen du sommeil :
- VNI :  oui  non
- Trachéotomie :  oui  non  
*Si oui modèle de canule :*
- Respirateur :  
*Marque :*  
*Prestataire :*
- Pneumologue référent pédiatrique :

#### Paramètres ventilatoires :

- Alpha 300/Caught assist  oui  non
- Vaccins : *Pneumo 23* :  oui  non  
*Grippe annuel* :  oui  non

**Atteinte cardiaque** :  oui  non

- Dernière Echographie cardiaque :
- Cardiologue référent pédiatrique :
- IRM cardiaque :  oui  non

**Suivi nutritionnel** :

- Alimentation per os  oui  non
- Texture :
- GEP  oui  non

**Atteinte Cognitive** :  oui  non

**Suivi psychologique** :  oui  non

**Autonomie** :

- Ambulatoire  oui  non
- Verticalisation :  oui  non
- Tenue assise :  oui  non
- Utilisation mains/bras :  oui  non
- Repas :  oui  non

**Social** :

- Vit : chez parents / famille / centre : internat - externat
- Scolarisation : milieu ordinaire avec :  AVS  ULISS  IME  IMPRO
- Aidant principal nécessaire lors de l'hospitalisation :  oui  non
- Dossier social à jour :  oui  non
- ALD jusqu'au :
- MDPH :
- Suivi AFM :  oui  non

**Traitements en cours** :

**Autres** :

**Appareillage et aides techniques** :

**Présents :**

**Avis staff transition :**

Date :

Programmation :  Neurologie médicale

Délai :  Consultation

HDJ

HDS