

Fiche personnalisée de transition du **secteur pédiatrique vers le secteur adulte**

Cette fiche est destinée à améliorer la transmission d'information entre le patient et les médecins (équipes pédiatriques - adultes ; de ville - hôpital).

Elle comprend trois parties à compléter avec le patient, les parents et le pédiatre.

À imprimer et à remettre au pédiatre, au patient et aux médecins d'adultes concernés.

1 - Résumé médical

complété le ___ / ___ / _____

IDENTITÉ DU PATIENT

Nom usuel Nom de jeune fille

Prénom Date de naissance ___ / ___ / _____

Lieu de résidence différent des parents : oui non

Etudiant Si oui, précisez :

Salarié Si oui, précisez :

Sans activité | Carte vitale à jour : oui non

Demande MDPH : oui non en cours | ALD30 : oui non en cours

➔ TRANSITION

Date où le relai adulte a été évoqué pour la première fois (objectifs professionnels/personnels, spécificités de la prise en charge en secteur adulte, autonomie, assurance sociale...) : ___ / ___ / _____

Date de la première consultation effective dans le secteur adulte : ___ / ___ / _____

INTERLOCUTEURS REFERENTS : médicaux et paramédicaux

Médecin traitant déclaré :

Pédiatre libéral/ médecin généraliste :

Pédiatre CHG/ pédiatre spécialiste CHU :

Médecin d'adultes proposés :

Psychologue/ psychiatre/ assistante sociale/ enseignant/ éducateur :

.....

MALADIE

Maladie :

Date du diagnostic initial : ___ / ___ / _____

Allergie(s) :

Principaux faits cliniques (en précisant si possible les dates) :

TRAITEMENTS

Historique des traitements et interventions chirurgicales :

Traitements en cours :

SURVEILLANCE

Points à surveiller, résultats en attente :

ESSAIS CLINIQUES

Participation à un protocole de recherche (en précisant si possible les dates) :

2 - Questionnaire Patient



Compte tenu de votre âge, la prise en charge par l'équipe pédiatrique va s'interrompre/ s'est interrompue. Afin d'améliorer nos pratiques, nous souhaiterions préparer au mieux avec vous cette transition vers l'équipe de médecins d'adultes.

À PROPOS DE VOTRE MALADIE

Principaux faits cliniques :

Quels ont été les symptômes les plus marquants à ce jour (avec le plus d'informations possibles, les dates, la durée...)?

Principaux faits thérapeutiques:

Quels ont été les traitements et interventions chirurgicales les plus contraignants ou difficiles ?

.....

Êtes-vous satisfait du (des) traitement(s) que vous avez actuellement ?

Quelles sont vos principales inquiétudes face à cette maladie ?



À PROPOS DE VOS PROJETS PERSONNELS ET PROFESSIONNELS

Principaux points de confiance :

.....



Principales inquiétudes :

.....



3 - Questionnaire Parent

Compte tenu de l'âge de votre enfant, la prise en charge par l'équipe de pédiatrie va s'interrompre/ s'est interrompue. Votre enfant est amené à devenir autonome dans son traitement, sa prise de rendez-vous et à venir seul en consultation. Afin d'améliorer nos pratiques, nous souhaitons préparer au mieux avec vous cette transition vers l'équipe de médecins d'adultes.

Lien de parenté avec l'enfant

Nom Prénom

À PROPOS DE LA MALADIE DE VOTRE ENFANT

Principaux points de confiance :

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Peu confiant

Très confiant

Principales inquiétudes :

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Peu inquiet

Très inquiet

À PROPOS DE SES PROJETS PERSONNELS ET PROFESSIONNELS

Principaux points de confiance :

.....

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Peu confiant

Très confiant

Principales inquiétudes :

.....

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Peu inquiet

Très inquiet