

SIGNALEMENT D'UN BESOIN DE RESSOURCES ET D'APPUI À LA COORDINATION

Motivations de la demande d'inclusion d'un enfant scolarisé en milieu ordinaire

Les besoins repérés :

- appui pour coordonner les différentes prises en charge et/ou faire le lien entre les différents intervenants
- accompagner l'élaboration et/ou l'annonce du **diagnostic**
- suivi lors du retour au domicile suite à une ou plusieurs **hospitalisation(s)**
- accompagner la prise en charge de la **douleur**
- accompagner la famille dans ses différentes **démarches**
- accompagner la mise en œuvre des **aménagements scolaires**
- accompagner vers l'**Education Thérapeutique du Patient**
- organiser le **transfert d'informations** (passage en 6^{ème}, changement d'établissement scolaire...)
- accompagner la **transition enfant-adulte**
- soutien pour les **14-15 ans**
- aider exceptionnellement au financement des bilans et prises en charge (ne peut être le seul motif d'inclusion)
- autres (précisez) : _____

Commentaires du professionnel membre prescripteur :

Commentaires de l'enfant et/ou de la famille :

Nom, prénom du professionnel membre prescripteur : _____

Fait à _____

Date _____

SIGNATURE :

POUR PROCEDER A L'INCLUSION LA DEMANDE DOIT COMPORTER :

- Le consentement éclairé signé
- Les motifs de la demande complétés
- Les éléments de bilans déjà établis (si possible)

Protection des données personnelles : Normandie Pédiatrie collecte des données personnelles dans le cadre de l'établissement du présent document. Ces données sont conservées pour la durée strictement nécessaire tant que vous êtes usager et/ou membre du dispositif. Les données recueillies peuvent faire l'objet d'un traitement automatisé pour la réalisation d'études statistiques, d'information. Ces données sont obligatoires dans le cadre de l'inclusion d'un enfant dans le dispositif ou de la formation. Elles pourront être transmises aux professionnelles de santé, partenaires aux mêmes fins.

Conformément à la réglementation européenne en vigueur, les membres, usagers ont les droits suivants : Droit d'accès et de rectification, de mise à jour, de complétude des données ; droit d'effacement des données à caractère personnel, lorsqu'elles sont inexactes, incomplètes, équivoques, périmées, ou dont la collecte, l'utilisation, la communication ou la conservation est interdite ; Droit de retirer à tout moment un consentement ; Droit à la limitation du traitement des données ; Droit d'opposition au traitement des données.

Traitement des réclamations : Conformément à la réglementation applicable, vous disposez de droits dédiés sur ces données et notamment le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL). Contactez Normandie Pédiatrie pour les exercer. Les demandes de suppression de Données Personnelles seront soumises aux obligations qui sont imposées par la loi, notamment en matière de conservation ou d'archivage des documents. Enfin, les usagers peuvent déposer une réclamation auprès de la CNIL (<https://www.cnil.fr/fr/plaintes>).



Consentement éclairé de l'enfant et de sa famille

Nous avons été clairement informés sur les conditions d'intégration de notre enfant

NOM : _____ **Prénoms :** _____

Adresse : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ **Sexe :** M F

à Normandie Pédiatrie.

N° de Sécurité Sociale de rattachement : _____

Nom du titulaire: _____

- Les objectifs et les bénéfices attendus nous ont été clairement expliqués et présentés ; un document d'information nous a été remis. Nous avons pu poser toutes les questions qui nous paraissaient utiles, et recevoir des réponses claires.
- Nous acceptons librement et volontairement que notre enfant entre dans le dispositif de ressources et d'appui à la coordination. Nous sommes parfaitement conscients que notre enfant et nous-mêmes pouvons retirer à tout moment notre consentement à entrer dans le dispositif, et cela quelles que soient les raisons de notre enfant ou les nôtres, et sans en supporter aucune conséquence. Le fait que notre enfant n'adhère plus au dispositif de ressources et d'appui ne portera pas atteinte aux relations ou à la qualité des soins que lui doivent les professionnels du dispositif. Nous restons libres de nous adresser aux professionnels de santé de notre choix.
- Nous acceptons que les données concernant notre enfant, et concernant ses troubles ainsi que les résultats de la prise en charge fassent l'objet d'un traitement informatique soumis « à la loi informatique et liberté », qui garantit la confidentialité de toutes les données recueillies. Nous avons bien noté que notre droit d'accès ainsi que celui de notre enfant, et de rectification concernant ces informations s'exerce à tout moment auprès des professionnels du dispositif.
- Nous autorisons l'équipe de coordination à prendre contact avec les professionnels de la santé scolaire et l'équipe enseignante.
- Nous acceptons que les informations collectées par Normandie Pédiatrie puissent être consultées* par tout professionnel de santé intervenant auprès de notre enfant (y compris le médecin de notre choix et du choix de notre enfant désigné comme « médecin traitant » et le médecin scolaire).
- Notre consentement ne décharge en rien les professionnels du dispositif de leurs responsabilités morales et légales, et notre enfant et nous-mêmes conservons tous nos droits garantis par la loi.
- Nous avons l'obligation d'informer l'infirmière d'appui à la coordination de tous les changements relatifs à la situation de notre enfant et à réception d'un courrier de demande de mise à jour de répondre à celle-ci dans un délai maximum de 15 jours. Sans réponse de notre part, une sortie du dispositif de notre enfant sera décidée en lien avec les professionnels de santé impliqués.

Fait à _____

Date _____

NOM ET PRENOM DES RESPONSABLES LEGAUX :

** Père Mère Autre, à préciser : _____

☎ : _____

courriel : _____@_____

Adresse (si différente):

** Père Mère Autre, à préciser : _____

☎ : _____

courriel : _____@_____

Adresse (si différente):

SIGNATURE DES RESPONSABLES LEGAUX :

* selon les dispositions prévues à l'article L1110-4 du Code de la Santé Publique

** Cochez la case correspondante