

Les besoins repérés :

- bénéficier d'un appui pour coordonner les différentes prises en charge et/ou faire le lien entre les différents intervenants
 - TND et/ou Pathologies chroniques somatiques
 - Surpoids / Obésité infanto-juvénile IMC = _____
- accompagner l'élaboration et/ou l'annonce du **diagnostic**
- renforcer le 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 une offre en **activité physique adaptée en pédiatrie**
- 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**
- apporter un soutien pour les **14-15 ans**
- participer aux **ateliers parentalité enfants TDA/H avec TOP** (à destination des 2 parents d'enfants âgés de 4 à 10 ans, avec diagnostic TDA/H avec TOP posé)
- aider exceptionnellement au financement des bilans et prises en charge (ne peut être le seul motif d'inclusion)
autres (précisez) : _____

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

Fait à _____

Date ____/____/____

Nom, prénom du professionnel membre du dispositif : _____

SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR :

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)**

NOTE D'INFORMATION

PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE – RGPD

NORMANDIE PEDIATRIE, en sa qualité de responsable de traitement, est attachée à la protection de la vie privée des personnes et s'engage à prendre toutes les garanties qui s'imposent pour assurer un niveau de protection élevé de vos données à caractère personnel. La collecte des données est effectuée de manière loyale et licite, les destinataires des données sont uniquement les personnels de NORMANDIE PEDIATRIE, les professionnels de santé, les partenaires faisant partie des dispositifs de soins. Ces données ont pour finalités de procéder à la prise en charge de l'enfant, la constitution du dossier de l'enfant, la mise en place et le suivi du projet global personnalisé, la coordination des soins, les échanges entre les professionnels et la famille. Le dossier de coordination est conservé par le dispositif pour une durée de 10 ans et jusqu'à la majorité de l'enfant après sa sortie du dispositif.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes, (cf. [cnil.fr](https://www.cnil.fr) pour plus d'informations sur vos droits), vous disposez de droits et que vous pouvez exercer : droits d'accès, de rectification, d'opposition, de suppression, d'effacement.

Les données sont nécessaires pour la demande d'inclusion de l'enfant, elle se fait avec votre consentement explicite et préalable. Vous pouvez à tout moment retirer ce consentement. Pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez joindre notre DPO via l'adresse mail suivante : contact-dpo@normandie-pediatrie.org

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation en ligne à la CNIL (<https://www.cnil.fr/fr/plaintes>) ou par voie postale.

Votre confiance est importante à nos yeux. Pour cette raison, vos données personnelles sont stockées de manière confidentielle et sécurisée dans nos systèmes informatiques.

Pour en savoir plus sur vos droits et la Politique Protection des Données de NORMANDIE PEDIATRIE, consultez notre site web ou suivez [ce lien](#).



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 Taille¹ : _____ Poids¹ : _____

Lieu de naissance : _____

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/pathologies ainsi que les résultats de la prise en charge fassent l'objet d'un traitement informatique soumis « à la loi informatique et liberté » du 6 janvier 1978, au Règlement (UE) 2016/679 (RGPD), qui garantit la confidentialité de toutes les données recueillies. Nous avons bien compris que nous disposons de droits d'accès, de suppression, de rectification, d'effacement concernant nos données personnelles, que nous pouvons retirer notre consentement en contactant le DPO de NORMANDIE PEDIATRIE contact-dpo@normandie-pediatrie.org. Nous avons

pris connaissance de la note d'information inhérente à la Protection de la vie privée et à sa réglementation à laquelle NORMANDIE PEDIATRIE attache de l'importance et qui est annexée au présent document. Nous autorisons l'équipe de coordination à prendre contact avec les professionnels de la santé scolaire et l'équipe enseignante et/ou de l'établissement d'accueil.

Nous acceptons que les informations collectées par Normandie Pédiatrie puissent être consultées² 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).

Nous acceptons que nos coordonnées administratives soient transmises aux Maisons Sport-Santé dans le cadre de l'activité physique ou de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin.

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 de notre enfant du dispositif sera décidée en lien avec les professionnels de santé impliqués.

Fait à _____

Date ____/____/____

Nom, prénom des Responsables légaux :

Père³ Mère³ Autre³, à préciser : _____

☎ : _____

courriel : _____@_____

Père³ Mère³ Autre³, à préciser : _____

☎ : _____

courriel : _____@_____

SIGNATURE DES RESPONSABLES LEGAUX :

Patient DE PLUS DE 15 ANS :

¹ Facultatif, sauf orientation parcours surpoids-obésité (NPO)

² Selon les dispositions prévues à l'article L1110-4 du Code de la Santé Publique

³ Cochez la case correspondante