

FORMULAIRE D'ADHESION DES PARENTS AU RESEAU DE SUIVI DES ENFANTS VULNERABLES

EXEMPLAIRE A SCANNER ET A TRANSMETTRE AU RESEAU PAR MAIL, PUIS A CONSERVER PAR LA FAMILLE

PARENT 1

Nom : _____ Prénom : _____
 Adresse : _____
 Téléphone : _____ Mail : _____

PARENT 2

Nom : _____ Prénom : _____
 Adresse : _____
 Téléphone : _____ Mail : _____

DE L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : F ☐ M ☐
 Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____
 Terme de naissance (SA) : _____ Poids de naissance : _____
 Critère d'inclusion au réseau : ☐ <33 SA ☐ RCIU (<1500 gr) ☐ EAI → Indication hypothermie : ☐ Oui
☐ Cardiopathie congénitale complexe ☐ Non
☐ Autre, préciser (sous réserves de l'accord du pédiatre coordinateur) : _____

ORGANISATION DU SUIVI DE NOTRE ENFANT

Centre hospitalier de naissance : _____ ☐ Transfert ☐ Retour à domicile (RAD)
 Centre hospitalier de transfert : _____ Date transfert ou RAD : _____

Mode de suivi de notre enfant (voir explications au dos) :

- ☐ Alternance hôpital / libéral selon le calendrier de consultations (recommandé pour bénéficier d'un double regard)
☐ Exclusivement hôpital si votre lieu de résidence ne permet pas de suivi libéral
☐ Exclusivement libéral si votre lieu de résidence ne permet pas de suivi hospitalier

D'après la liste des médecins adhérents au réseau, nous avons choisi pour le suivi de notre enfant :

Nom du Centre Hospitalier : _____

ET/OU

Nom du médecin libéral : _____

☐ Nous déclarons avoir pris connaissance de la Charte de fonctionnement du réseau de suivi des enfants vulnérables DevenirRP2S qui nous a été remise, et de nos engagements (article 6) :

Date : _____

Signature du(es) représentant(s) légal(aux) de l'enfant^{i ii},

Le pédiatre coordinateur du réseau,
Dr Cécile RYBAKOWSKI



ORGANISATION DU SUIVI

Consultations pédiatriques : Il est conseillé d'alterner le suivi entre deux médecins adhérents : un libéral proche de chez vous et un hospitalier, pour un double regard sur le développement de votre enfant.

Ce choix reste recommandé mais non obligatoire.

Ce mode de suivi permet :

- d'assurer un double regard sur le développement de votre enfant
- de faciliter l'accès aux soins près de votre domicile
- d'assurer la continuité du suivi dans le cadre du réseau



EXEMPLE DE CALENDRIER DE CONSULTATIONS :

- 7 ans âge réel : Consultation pédiatrique libérale (fin du suivi)**
- 6 ans âge réel : Consultation pédiatrique libérale**
- 5 ans âge réel : Consultation pédiatrique hospitalière**
- 5 ans âge réel : Bilan neuropsychologique avec neuropsychologue**
- 4 ans âge réel : Consultation pédiatrique libérale**
- 3 ans âge réel : Consultation pédiatrique libérale**
- 24 mois âge corrigé : Consultation pédiatrique hospitalière**
- 2 ans âge réel : Bilan développemental avec psychologue**
- 18 mois âge corrigé : Consultation pédiatrique libérale**
- 12 mois âge corrigé : Consultation pédiatrique hospitalière**
- 9 mois âge corrigé : Consultation pédiatrique libérale**
- 6 mois âge réel : Entretien psychologue (sur demande au réseau)**
- 4 mois âge corrigé : Consultation pédiatrique libérale**
- 1 mois après la sortie : Consultation pédiatrique hospitalière**

Le calendrier de consultations personnalisé de votre enfant sera disponible sur la plateforme Ma santé connectée dès que la coordination du réseau aura créé le dossier informatisé de votre enfant.

Si vous ne l'avez pas, n'hésitez pas à le demander par mail à l'adresse ci-dessous.

Nous contacter :

Réseau DEVENIRP2S

Centre Hospitalier Métropole Savoie
BP 31125 73011 CHAMBERY CEDEX

04 79 96 59 93

devenirp2s@ch-metropole-savoie.fr

www.rp2s.fr

ⁱ Ma signature engage ma responsabilité et m'expose aux poursuites prévues par la loi en cas de fausse déclaration sur mon identité. La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique et aux libertés me donne la possibilité d'obtenir communication des informations enregistrées concernant cette demande afin de vérifier leur exactitude et de faire redresser toute anomalie constatée. Ce droit d'accès s'exerce auprès de l'administrateur du GCS SARA

ⁱⁱ La personne en charge du recueil du présent document est responsable de l'identification du signataire