



Date de la demande :

Coordonnées du demandeur

Equipe Mobile
Enfants et Adolescents

Prof. Kerstin von Plessen
Cheffe de service

Tél: +41 21 314 66 74

supea.emea@chuv.ch
www.chuv.ch/psychiatrie

Demande de prise en charge EMEA

Chère Collègue, Cher Collègue,

Afin de traiter au mieux votre demande nous vous serions reconnaissants de bien vouloir répondre aux questions ci-dessous et/ou de nous faire parvenir un rapport comprenant ces différents éléments.

1. **Nom, prénom, adresse, lieu de vie (foyer, famille d'accueil, internat scolaire) et date de naissance du patient.**
2. **Détenteur de l'autorité parentale et de la garde.**
3. **Motif de la demande et objectifs de la prise en charge à l'EMEA.**
4. **Brève anamnèse personnelle et familiale (fratrie, ressources du système familial, ...).**
5. **Parcours scolaire et extrascolaire.**
6. **Histoire des troubles (apparition et évolution des symptômes) et facteurs de crise actuels.**
7. **Risque auto-ou hétéro-agressif chez le/la jeune et/ou dans son entourage direct.**
8. **Antécédents psychiatriques (hospitalisations et suivis antérieurs).**
9. **Histoire des traitements médicamenteux et médication actuelle.**
10. **Impression diagnostique (CIM-10 ou DSM-V si possible).**
11. **Thérapeutes/intervenants impliqués auprès du/de la jeune (psychologue, pédopsychiatre, DGEJ, pédiatre et autre spécialiste, SESAF, SCTP, ORP, OAI, etc.) et autres personnes ressources avec leurs coordonnées.**
12. **Patient et/ou parents informé(s) de la démarche, preneur(s) des soins et autorisent à communiquer avec les intervenants cités au point 11.**

En restant volontiers à disposition pour tout renseignement complémentaire, nous vous prions d'agréer, Chère Collègue, Cher Collègue, nos salutations les meilleures.