

# 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 ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Peu inquiet

Très inquiet

### À PROPOS DE VOS 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

### 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