

Contact avec le jeune		
J1 :	J3 :	J5 :
Mail thérapeute début		
Date 1 <sup>er</sup> EI		
Rapport de fin envoyé		

## DEMANDE DE SUIVI FILET

Première demande

Renouvellement

**Pour rappel, il est de la responsabilité du thérapeute demandeur de discuter et de valider avec le patient et ses parents/curateur toute demande de prise en charge filet.**

Discuté avec le patient

Discuté avec les parents/curateur

Discuté avec le patient et sa famille durant une évaluation récente à Malatavie où l'indication à un suivi filet a été retenue

*Le thérapeute doit parler de cette demande avec son patient et sa famille lors de son prochain rendez-vous*

### Données du patient

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Téléphone :

Adresse postale :

N° d'assurance maladie : 807.....

### Thérapeute demandeur :

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Courriel :

### Diagnostic(s):

### Traitements (d'office et réserves, posologie)

### Antécédents :

### Motifs de la demande et anamnèse actuelle:

**Type de filet :** merci de choisir une **seule option** parmi les propositions suivantes :

Pour plus d'information concernant les suivis, veuillez-vous référer au ★ sur le document explicatif.

**Filet à la demande**

Patient(e) non connu(e) par l'équipe → sera contacté(e) par l'équipe infirmière

Patient(e) connu(e) par l'équipe → premier contact fait par le patient

**Filet**

Premier contact fait par l'équipe infirmière pour fixer 1<sup>er</sup> entretien infirmier

**Filet groupal**

Premier contact fait par l'équipe infirmière afin d'expliquer les différents groupes à disposition

**Dates demandée (max. un mois, renouvelable 1x)**

Date de début :

Date de fin:

**Thérapie en cours, fréquence des RDV et date du prochain rendez-vous du patient avec son thérapeute :**

**Date et signature du thérapeute:**

**Date et signature du médecin chef de clinique de Malatavie :**

Nom (patient) :

Prénom (patient) :

## **Objectifs du suivi filet** élaborés avec le patient

**Durant mon suivi filet du \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ au \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ , mon thérapeute et moi-même avons mis en évidence les objectifs listés ci-dessous à travailler en collaboration avec l'équipe de Malatavie:**

*Durant ce suivi, je suis informé(e) que les soignants de Malatavie pourront transmettre à mon thérapeute toutes informations qu'ils jugeront pertinentes.*

Date :

Signature du thérapeute demandeur

Signature du patient