



Dossier de saisine

(à remplir par le professionnel demandeur et à retourner par voie postale)

Date de réception de la demande:

Date de la première réunion au réseau:

Date de l'admission:

NOM : Prénom :

Date de Naissance __/__/__ Lieu Pays

Sexe: Masculin Féminin

Nationalité:

Ce dossier cherche à être relativement complet sur le parcours de l'adolescent en s'appuyant sur l'historicité des prises en charge. Le réseau Philado se tient à la disposition des professionnels demandeurs pour épauler la démarche d'admission en soutenant la demande de renseignements auprès des différentes institutions traversées par le jeune si nécessaire.

N'hésitez pas à nous contacter !

En ce qui concerne les formulaires d'autorisation du responsable légal (parents, tuteur, jeune majeur...) ainsi que du professionnel demandeur, il est important de nous les fournir afin que nous puissions réaliser l'admission du jeune dans le réseau.

Date de l'envoi de la demande:

1- Professionnel demandeur: Nom et prénoms
Fonction
Etablissement ou service
Tel: __/__/__/__ Mail.....

2- Famille: Naturelle Adoption Autre

Situation parentale *au moment de la naissance*

Père: Nom..... Prénoms

Mère: Nom Prénoms

Situation: Mariés Pacsés Vie maritale Célibataire
Divorcés Séparés Autre

Situation familiale *actuelle*

→Père: Marié Pacsé Vie maritale
Célibataire Décès (date)
Autre
Nom et prénom du conjoint:

→Mère: Mariée Pacsée Vie maritale
Célibataire Décès (date)
Autre
Nom et prénoms du conjoint:.....

→Fratrie:
Frères et sœurs, prénoms et dates de naissance

Demi-frères et sœurs du côté paternel, prénoms et dates de naissance:

Demi-frères et sœurs du côté maternel, noms, prénoms et dates de naissance:.....

Adresse des parents:.....

→Père

→Mère

Autorité parentale

Père Mère les deux parents Tuteur institutionnel Tuteur familial

Modalité du droit de garde :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Père | <input type="checkbox"/> Mère |
| <input type="checkbox"/> Les 2 parents | <input type="checkbox"/> Tuteur |
| <input type="checkbox"/> Oncle – Tante | <input type="checkbox"/> Grands parents |
| <input type="checkbox"/> Autre | |

3- Catégorie socio professionnelle des parents

| | Mère : | Père : |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Agriculteur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Artisan - Commerçant - Chef Entreprise | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cadre - Prof intellect | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Profession intermédiaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Employé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ouvrier | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Retraité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sans activité professionnelle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chômage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4- Mesures en cours (cumulables):

▪ Evaluation

MJIE civile MJIE pénale

▪ Mesures administratives

IED AP SAP SEJ CJM Accueil de jour

▪ Mesures judiciaires civiles

AEMO OPP SAP Accueil de jour

▪ Mesures judiciaires pénales

OPP Mesures éducatives (REP /LS / LSP/ MSPJ...)

Mesures probatoires (LSP, CJ) Peines (SME, TIG..) Incarcération

5- Notification MDPH:

OUI NON date Renouvellement (date) :

Exercée Non exercée

AEH AAH Prestation compensatoire :

Tutelle Curatelle

Accueil en établissement médico-social :

ITEP IMPRO ESAT

Modalité d'accueil :

Internat Demi-internat Temps partiel

6- Prise en charge institutionnelle

1- Etablissement ou service en charge de la mesure:
Tel: __/__/__/__/__ Mail:.....

Professionnel référent:

Nom: Tél: __/__/__/__/__ Mail:.....

Chef de service protection DEF

Nom: Tél: __/__/__/__/__ Mail:

Juge:

Nom: Tél: __/__/__/__/__ Mail:.....

2- Etablissement ou service en charge de la mesure:
Tel: __/__/__/__/__ Mail:.....

Professionnel référent:

Nom: Tél: __/__/__/__/__ Mail:.....

7- Mode d'hébergement principal au moment de la demande

▪ Famille/Ami

Chez ses parents Sa mère Son père Membre de la famille Ami

▪ Social

MECS FA Lieu de vie Logement semi-autonome
Foyer départemental de l'enfance Hôtel Autre (préciser) :

▪ Ordonnance 45

Foyer- EPE FA CER CEF Autre

▪ Autres

Hôpital CHRS Rue Prison

Coordonnées du lieu de résidence (si ne réside pas chez ses parents)

Etablissement, service ou Famille d'accueil

Adresse:

Tél: __/__/__/__/__ Mail:.....

Chef de service ou responsable: Nom: Tél: __/__/__/__/__

Mesure de placement non exercée au moment de la saisine

8- Situation particulière du mineur

▪ Mineur isolé étranger

▪ Mineur parent

Nom- Prénom du ou des enfants:

Date de naissance et mode de garde des enfants :

.....

.....

▪ Autres

9- Hébergement complémentaire:

Internat scolaire ou Médico-social Set'ados Accueil relais Séjour de rupture

Coordonnées 1:

Etablissement ou service:

Tél: _/_/_/_/_/_

Chef de service ou responsable: Nom:

Tél: _/_/_/_/_/_ Mail:

Coordonnées 2:

Etablissement ou service:

Tél: _/_/_/_/_/_

Chef de service ou responsable: Nom:

Tél: _/_/_/_/_/_ Mail:

Coordonnées 3:

Etablissement ou service:

Tél: _/_/_/_/_/_

Chef de service ou responsable: Nom:

Tél: _/_/_/_/_/_ Mail:

13- Manifestations de souffrance observées:

Conduites à risque:

Transgressions Fugues Pratiques sexuelles Vols
Colères intenses Autres (précisez).....
.....

**Troubles du
Comportement :**

Hétéro agressivité

Contre les biens
Contre les personnes
A caractère sexuel

Auto agressivité

Automutilations
Menaces suicidaires
Autres (précisez) :.....
.....
.....
.....

Troubles: *De l'activité*

Ralentissement
Hyperactivité
Troubles de concentration

De la sociabilité

Retrait/Isolement
Intolérance à la frustration
Difficultés relationnelles

Des affects:

Excitation
Instabilité émotionnelle
Tristesse
Angoisse/phobie

Du sommeil:

Difficultés endormissement
Hypersomnie
Réveil nocturne ou matinal précoce

Du comportement alimentaire

Anorexie
Boulimie
Autres habitudes alimentaires (précisez) :.....
.....
.....

Autres

Actes saugrenus
Pensées inhabituelles

Addictions:

Avec produits (Alcool, Cannabis,.....) (précisez) :

Sans produits (jeux vidéo, jeux en ligne,.....) (précisez) :

16- Description de la situation actuelle et objet de la demande :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Objectifs:

- Elaboration d'un projet de prise en charge (soins, hébergement, scolarité...)
- Continuité ou accès aux soins
- Maintien ou recherche d'un hébergement (adapté, relais)
- Maintien ou reprise de scolarité, formation
- Coordination des intervenants (cohérence des prises en charge)
- Eclairage sur la situation (Bilan, anamnèse)