



FICHE DE LIAISON À COMPLÉTER PAR LES PRESTATAIRES GRAVITANT AUTOUR DE VOTRE ENFANT

Votre enfant pourrait rencontrer, tout au long de son enfance, différents médecins, paramédicaux, autres thérapeutes et agents des CPMS/SPSE. Il n'est pas toujours aisé de se souvenir des noms, des coordonnées de ceux-ci ni même des dates ou des objectifs poursuivis de ces différentes rencontres. Dès lors, nous avons élaboré cette fiche afin de vous aider à garder une trace du trajet de soins et de pouvoir le transmettre si nécessaire. Nous vous invitons à **faire compléter** chronologiquement cette fiche par **chaque prestataire** de soin qui intervient auprès de votre enfant et à **la conserver** dans un dossier consacré à la santé de votre enfant. Nous vous conseillons d'utiliser la première case pour y indiquer les coordonnées du médecin de famille qui s'occupe de votre enfant et la deuxième case pour son pédiatre.

La dernière page de ce document peut être imprimée en plusieurs exemplaires.

(N'oubliez pas de numéroter les pages pour plus de clarté)

Nom, prénom de votre enfant :

Date de naissance :

MÉDECIN DE FAMILLE

Date : ... / ... / ...

Nom et prénom du prestataire :

Adresse :

.....

Numéro de téléphone :

Commentaires :



PÉDIATRE

Date : ... / ... / ...

Nom et prénom du prestataire :

Adresse :

.....

Numéro de téléphone :

Commentaires :

Date : ... / ... / ...

Nom et prénom du prestataire :

Profession / spécialisation :

Adresse :

.....

Numéro de téléphone :

Évaluation : oui/non À quelle date (mois, année) :

Domaine(s) évalué(s) :

.....

Prise en charge : oui/ non Période : du au

Quelles compétences ou fonctions sont prises en charge :

.....

.....

Commentaires :



Date : ... / ... / ...

Nom et prénom du prestataire :

Profession / spécialisation :

Adresse :

.....

Numéro de téléphone :

Évaluation : oui/non À quelle date (mois, année) :

Domaine(s) évalué(s) :

.....

Prise en charge : oui/ non Période : du au

Quelles compétences ou fonctions sont prises en charge :

.....

.....

Commentaires :

Date : ... / ... / ...

Nom et prénom du prestataire :

Profession / spécialisation :

Adresse :

.....

Numéro de téléphone :

Évaluation : oui/non À quelle date (mois, année) :

Domaine(s) évalué(s) :

.....

Prise en charge : oui/ non Période : du au

Quelles compétences ou fonctions sont prises en charge :

.....

.....

Commentaires :