

ADHÉSION AU RÉSEAU RAFAEL

Feuillet blanc à destination du réseau

Feuillet rose à conserver par le médecin qui a fait l'examen

Feuillet bleu reste dans le classeur de l'enfant

PARTIE À REMPLIR PAR LES PARENTS

Nous, soussignés, souhaitons l'adhésion au Réseau RAFAEL pour le suivi de notre enfant :

Nom de l'enfant _____ Prénom de l'enfant _____

nous avons pris connaissance du document d'information du Réseau RAFAEL et de la charte du Réseau Périnatal Lorrain et avoir bien pris note que nous pouvons nous retirer à tout moment.

nous acceptons que le compte rendu d'hospitalisation néonatale de notre enfant soit joint au dossier Rafael.

Nom de la mère _____ Nom du père _____

Prénom de la mère _____ Prénom du père _____

Signature _____ Signature _____

Le _____ A _____

PARTIE À REMPLIR PAR LE MÉDECIN DU SERVICE DE NÉONATOLOGIE

Date de naissance de l'enfant ____ / ____ / ____

Poids de naissance _____ grammes

AG : _____ SA + _____ jours

Sexe masculin féminin

Critères d'inclusion*

Groupe 1

prématurité AG < 29 SA

poids de naissance < 1 000 g

encéphalopathie anoxo-ischémique*

Groupe 2

prématurité ≥ 29 SA et < 34 SA

poids de naissance ≥ 1 000 g et < 1 800 g

chirurgie néonatale lourde* _____

pathologie neurologique autre* _____

Sortie définitive

Date de sortie (retour au domicile) ____ / ____ / ____

chez ses 2 parents

chez son père seul

chez sa mère seule

autre, préciser _____

PARTIE À REMPLIR PAR LE RÉSEAU RAFAEL

N° d'inclusion _____

COORDONNÉES DE LA FAMILLE

Coordonnées de la mère

Nom de la mère _____ Prénom _____
Date de naissance _____
Statut marital _____ Nom de naissance si mariée _____
Adresse _____
Code postal _____ Commune _____
Téléphone(s) _____
Messagerie électronique _____

Coordonnées du père

Nom du père _____ Prénom _____
Date de naissance _____
Si non marié avec la mère, a reconnu l'enfant oui non
Adresse (si différente) _____
Code postal _____ Commune _____
Téléphone(s) _____
Messagerie électronique _____

Coordonnées de l'enfant si différentes

Adresse _____
Code postal _____ Commune _____
Téléphone(s) _____

Coordonnées des grands-parents maternels

Noms et prénoms _____
Adresse _____
Code postal _____ Commune _____

Coordonnées des grands-parents paternels

Noms et prénoms _____
Adresse _____
Code postal _____ Commune _____

Médecin qui a donné l'information du suivi Rafael

Nom _____ Prénom _____
Etablissement _____

Médecin traitant de la famille

Nom _____ Prénom _____
Adresse _____
Code postal _____ Commune _____

Médecin traitant de l'enfant (si différent)

Nom _____ Prénom _____
Adresse _____
Code postal _____ Commune _____

Médecin référent choisi pour les consultations de suivi

Nom _____ Prénom _____
Commune _____
Mode d'exercice choisi (si besoin) Hospitalier Libéral PMI

(Liste disponible au secrétariat du service et sur le site du réseau : www.reseaperinatallorain.fr)

Vous êtes libres de changer de médecin « référent » en prévenant la coordination. Toutefois, pour votre enfant, la continuité et la qualité des soins, nous vous conseillons de ne pas en changer trop souvent.

En cas de besoin (déménagement, changement de médecin, etc.), vous pouvez joindre la coordination du réseau.
Réseau RAFAEL – 10 rue du Docteur Heydenreich – 54000 NANCY
Téléphone : 03.83.34.29.43 - Fax : 03 83 34 44 49
Mail : rafael@chru-nancy.fr
www.reseaperinatallorain.fr