Annexe 3. Fiche de mouvement

MOUVEMENT SORTIE
D'ENFANTS D'ILE-DE-FRANCE
PORTEURS DE TROUBLES AUTISTIQUES ET APPARENTÉS
ENQUÊTE SUR LES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE

I. — IDENTIFIANT

N° d'ordre ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

Sexe 1☐ M 2☐ F Mois et année de naissance : ⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌋

II. — SORTIE

II.1 Nom et type de l'institution d'où part l'enfant/adolescent ⌊_⌊_⌋

Adresse de l'institution : Dpt ⌊_⌊_⌋ Commune (en clair)_____ ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

ou Étranger (en clair)_____

Date effective de sortie : jour ⌊_⌊_⌋ mois ⌊_⌊_⌋ année ⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

Motif de la sortie (en clair) _____ ⌊_⌊_⌋

II.2 Orientation institutionnelle prévalente souhaitée par l'équipe

Médico-social 1☐ Internat 2☐ Internat en alternance 3☐ Externat ⌊_⌋

Sanitaire 1☐ Hospitalisation temps complet ⌊_⌋

Hospitalisation séquentielle : 2☐ de jour 3☐ de nuit

Institution scolaire 1☐ Spécialisée 2☐ Ordinaire ⌊_⌋

Autre préciser (en clair) _____ ⌊_⌋

II.3 L'orientation souhaitée est réalisable 1☐ OUI 2☐ NON ⌊_⌋

II-3-1 Si OUI à quelle date mois⌊_⌊_⌋ année⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

Dans quelle institution (en clair) _____ ⌊_⌊_⌋

Nom _____ Adresse_____ ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

II-3-2 Si NON

Motif de la non-réalisation (en clair) _____ ⌊_⌊_⌋

_____

Solution institutionnelle proposée par défaut, préciser (en clair) _____ ⌊_⌊_⌋

_____

Absence de solution institutionnelle

1☐ Retour en famille ⌊_⌋

2☐ Accompagnement de suppléance, préciser _____

_____

Date de remplissage de la fiche jour ⌊_⌊_⌋ mois ⌊_⌊_⌋ année ⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

Observations complémentaires éventuelles :

_____

_____

_____

Mod. **710207** Berger Levrault Nancy (02 08)