****

**Fiche RCP**

Situations complexes de mineurs sous mesure de protection de l’enfance et pris en charge à l’hôpital

**RCP du …./…../…..**

**CRITERES D’ADMISSIBILITE**

* Mineur bénéficiant d’une mesure de protection de l’enfance au moment de la saisine
* ET Problématique de prise en charge concernant au minimum deux institutions différentes membres de la RCP
* ET pour chaque institution, au moins un professionnel de niveau cadre a été informé de la situation et de la problématique soulevée, a communiqué (ou tenté de communiquer) avec chacune des autres institutions impliquées sans parvenir à résoudre la problématique
* ET la problématique soulevée menace la santé ou la satisfaction des besoins fondamentaux de l’enfant à une échéance courte (< 3 mois).

**SAISINE**

**Structure à l’origine de la saisine :**

Professionnel référent Nom prénom  :

email  : téléphone  :

**Autres structures et partenaires concernés par ce dossier :**

Structure (au moins une seconde) : Professionnel référent :

Structure : Professionnel référent :

**Date de la saisine :** **Mode de saisine :** 🞏 Téléphone 🞏Mail

**Date d’acceptation de la saisine :**

**Programmation du passage en RCP**: 🞏 RCP en urgence ou 🞏 Date de la prochaine RCP régulière : \_ \_ / \_ \_ / \_

**MOTIF DE LA RCP**

**Motif de la demande de passage en RCP  :**

**Présentation courte de la problématique  :**

**Premier passage en RCP :** [ ] Oui [ ] Non (cf Suivi RCP)

**Patient**

**Nom  :** Cliquez ici pour taper du texte. **Prénom  :** Cliquez ici pour taper du texte.

**Date de naissance  :** Cliquez ici pour taper du texte. **Lieu de naissance :** Cliquez ici pour taper du texte.

**Age actuel :** Cliquez ici pour taper du texte.

**Sexe  :** [ ]  F [ ]  M

**Lieu de résidence des titulaires de l’autorité parentale :**

🞏 aucun titulaire de l’autorité parentale

**Type(s) de mesure(s) de protection de l’enfance et date(s) de début :**

**CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE SOCIO-EDUCATIVES actuelles**

**Lieu(x) de vie actuel(s) de l’enfant :** [ ]  MECS [ ]  Famille d’accueil [ ]  Hôtel [ ]  Autre : à préciser Cliquez ici pour taper du texte.

**histoire CLINIQUE**

**Pathologie(s) :** Cliquez ici pour taper du texte.

**Histoire de la maladie avec évènements marquants :**

**Traitement(s) et prise en charge :**

**BESOINS DE L’ENFANT**

**Besoins fondamentaux à pourvoir** (santé, protection, attachement, sécurité, estime de soi…) :

**Besoins spécifiques** :

**Besoins particuliers si enfant porteur de handicap** :

**Parcours de soin**

**ENJEUX ETHIQUES SOULEVES**

**AVIS DE LA RCP**

**Nature des propositions / Conduite à tenir :**

[ ]  Conduite à tenir médicale [ ]  Conduite à tenir psychologique

[ ]  Conduite à tenir socio-éducative [ ]  Conduite à tenir administrative

[ ]  Autre conduite à tenir (à préciser) :

**Avis de la RCP** (numéroter chaque proposition ou alternative indépendante) :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Action(s)** | **Pilote(s)** | **Echéance de mise en route** |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |
| **3.** |  |  |

**SUIVI DE LA RCP**

**Date de suivi des actions :**

**Evolution de la situation au regard de chaque conduite à tenir posée en RCP**: (description synthétique en reprenant la numérotation ci-dessus)

**1.**

**2.**

**3.**

**Demande de ré-évaluation de la situation :** [ ]  OUI [ ]  NON **Programmation prochaine RCP** :

**Dossier clôturé** : [ ]  OUI [ ]  NON (à re soumettre en suivi)

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Satisfaction du demandeur sur l’avis RCP à la date de suivi : /10**

*(Note de 0 à 10 ; 0. Avis inapproprié ; 10. Avis approprié et réalisable) :*

**Application de l’avis RCP par le demandeur à la date de suivi : /10**

*(Note de 0 à 10 ; 0. Avis non suivi ; 10 Avis suivi et efficace au regard de la problématique initiale****) :***