

Demande de prise en charge au Centre de l'association genevoise d'accompagnement thérapeutique de l'enfant (AGAThE)

Attention

Les enfants et leurs familles doivent être adressés à AGAThE par un médecin.

Avant de pouvoir bénéficier du soutien d'AGAThE, il est préconisé que les enfants aient eu un bilan complet du développement (tel que proposé, par exemple aux HUG, OMP et à la Fondation Pôle Autisme).

Le besoin de plus d'une thérapie (>1) doit avoir été mis en évidence.

La priorité est donnée aux enfants de moins de 5 ans (<5ans).

Merci de dire aux parents de nous téléphoner pour un 1er contact : 022 920 98 94

Les parents ou les représentant légaux donnent leur accord oral pour que l'ensemble des données médicales nécessaires à l'introduction et à la coordination des prises en charge de leur enfant soit transmis aux coordinateurs et aux thérapeutes de l'association AGAThE.

Oui

Demande de prise en charge au centre de l'association genevoise d'accompagnement thérapeutique de l'enfant (AGATHE)

1. Informations administratives – à remplir par le médecin qui annonce la situation
--

1.1 Informations personnelles de l'enfant

Lieu et Date :

Fille

Garçon

Autre

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Nationalité :

Lieu de résidence de l'enfant :

Langue de référence de l'enfant :

Personne de référence à contacter :

2. Contexte de prise en charge

Situation a été déclarée par (tampon de l'institution si possible) :

Nom et Prénom :

Adresse :

Fonction :

Téléphone :

E-mail :

Informations concernant les parents ou représentants légaux

Madame Monsieur

Nom et Prénom :

Numéro de téléphone :

E-mail :

Lien avec l'enfant :

Madame Monsieur

Nom et Prénom :

Numéro de téléphone :

E-mail :

Lien avec l'enfant :

2.1 Résumé de la problématique

2.2 Indications thérapeutiques et copies de tous les bilans disponibles

INDICATIONS THERAPEUTIQUES : Thérapies déjà mises en place et thérapies à mettre en place

a) Thérapies déjà mises en place

b) Thérapies à mettre en place

Merci de joindre à cette demande tous les bilans disponibles attestant de l'indication thérapeutique

2.3 Coordonnées des médecins ou des thérapeutes déjà dans le réseau

Médecin ou Thérapeute (fonction)	Nom et Prénom	Téléphone et courriel

Merci de renvoyer les 4 pages aux coordinateurs par e-mail à l'adresse sécurisée :

agathe@amge.ch

..... A REMPLIR PAR AGATHE

Documents joints :

Reçu le, (rempli par AGATHE) :