



**FIMATHO**  
Filière des maladies rares abdomino-thoraciques



# FICHE DE SUIVI TRANSITION

## MES INFOS ESSENTIELLES

La fiche de « suivi transition » est une fiche personnalisable dont l'objectif est de faciliter la transmission des informations nécessaires au bon transfert d'un patient des services de soins pédiatriques vers les services de soins pour adultes et/ou un suivi en ville.

**Ce document est confidentiel** – les informations qui y sont notées s'adressent uniquement au patient, au pédiatre et au(x) futur(s) médecin(s) d'adultes.

### À COMPLÉTER PAR LE PATIENT ET LE PÉDIATRE

#### Informations personnelles du patient

##### Identité

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Adresse email : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Carte d'identité valide : oui / non / en cours

Statut (étudiant(e), salarié(e), sans activité – merci de préciser) : \_\_\_\_\_

##### Prise en charge médico-sociale

SECURITE SOCIALE 100% : oui / non

Dossier MDPH : oui / non / en cours

Carte d'invalidité : oui / non / en cours





**FIMATHO**  
Filière des maladies rares abdomino-thoraciques



# FICHE DE SUIVI TRANSITION

MES INFOS ESSENTIELLES

## La maladie

Diagnostic : \_\_\_\_\_

Date du diagnostic : \_\_\_\_\_

Malformations ou pathologies associées : \_\_\_\_\_

Antécédents médicaux et/ou chirurgicaux (indiquer dates) : \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

Traitements en cours, évolutions, modifications et/ou arrêts prévus : \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Dernier(s) examen(s) réalisé(s) en secteur pédiatrique (indiquer dates) : \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---





**FIMATHO**  
Filière des maladies rares abdomino-thoraciques



# FICHE DE SUIVI TRANSITION

## MES INFOS ESSENTIELLES

### Le suivi médical

#### Transition

Date de la première consultation commune (pédiatre – spécialiste adultes) : \_\_\_\_\_

Date du transfert effectif vers les services adultes : \_\_\_\_\_

#### Interlocuteurs

Médecin traitant déclaré : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

email et/ou n°tel : \_\_\_\_\_

Médecin référent d'adultes proposé :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Etablissement : \_\_\_\_\_

email et/ou n°tel : \_\_\_\_\_

Autres professionnels médicaux ou paramédicaux :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---





FIMATHO

Filière des maladies rares abdomino-thoraciques



# FICHE DE SUIVI TRANSITION

MES INFOS ESSENTIELLES

## QUESTIONNAIRE COMPLÉMENTAIRE PATIENT

### AVIS PATIENT

À PROPOS DE VOTRE MALADIE

#### Principaux faits cliniques

Quels ont été les symptômes les plus marquants à ce jour (avec le plus d'informations possibles, les dates, la durée...)?

---

---

---

#### Principaux faits thérapeutiques

Quels ont été les traitements et interventions chirurgicales les plus contraignants ou difficiles ?

---

---

---

Êtes-vous satisfait du (des) traitement(s) que vous avez actuellement ?

---

---

Quelles sont vos principales inquiétudes face à cette maladie ?

---

---

A PROPOS DE VOS PROJETS PERSONNELS ET PROFESSIONNELS

#### Principaux points de confiance ?

---

---

#### Principales inquiétudes ?

---

---





**FIMATHO**  
Filière des maladies rares abdomino-thoraciques



# FICHE DE SUIVI TRANSITION

## MES INFOS ESSENTIELLES

### QUESTIONNAIRE COMPLÉMENTAIRE PARENTS

#### AVIS PARENTS

Lien de parenté avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

#### Concernant la maladie de votre enfant

Principaux points de confiance ?

---

---

---

Principales inquiétudes ?

---

---

---

#### Concernant les projets personnels et professionnels de votre enfant

Principaux points de confiance ?

---

---

---

Principales inquiétudes ?

---

---

---

