Classeur de liaison

Réseau d'Île-de-France
d'Hématologie et Oncologie Pédiatrique

Classeur de liaison

(version 2024)

Retrouvez sur notre **site Internet**, et sur l'application **RIFHOPOCHE**
les fiches et pages de ce classeur, des compléments d'information et de nouveaux outils pour vous aider au quotidien **:** onglet **Outils** ou profil **Familles.**

www.rifhop.net

RiFhoP

RÉSEAU D'ÎLE DE FRANCE
D'HÉMATOLOGIE-ONCOLOGIE
PÉDIATRIQUE

RiFhoPoche

En complément de ce classeur, nous vous invitons à télécharger notre application pour smartphones.
En accès libre et gratuit sur les stores :
Apple Store pour les I-Phones,
Google Play pour les Androïds

Ce classeur a été imprimé grâce au soutien de plusieurs dons de parents.
Le Rifhop les remercie tous chaleureusement.

Étiquette patient

Fiche pour suivi des rendez-vous

Dates	Type de rendez-vous	Lieux	Heure	Fait

Crée par Nadia MARQUIS, Infirmière Puéricultrice Coordinatrice du parcours de soin –
Hôpital TROUSSEAU – Service d'hématologie et d'Oncologie pédiatrique

Étiquette patient

Fiche pour suivi des rendez-vous

Dates	Type de rendez-vous	Lieux	Heure	Fait

Crée par Nadia MARQUIS, Infirmière Puéricultrice Coordinatrice du parcours de soin –
Hôpital TROUSSEAU – Service d'hématologie et d'Oncologie pédiatrique

Contacts Ville

Votre infirmière coordinatrice territoriale RIFHOP

NORD / Tél : 06.18.64.42.27 .....

EST / Tél : 06.35.07.28.09 .....

SUD / Tél : 06.09.33.19.16 .....

OUEST / Tél : 06.42.96.82.23.....

Centre/ Tél : 06.29.85.05.60.....

SITUATIONS COMPLEXES / Tél : 06.25.11.81.15.....

Infirmiers à domicile

Laboratoire

Prestataire

Pharmacie

Transporteur

Médecin traitant / Pédiatre de ville

Autres contacts

Associations

Bénévoles

Réseaux

Autre

Étiquette patient

Identité 1/2

NOM : Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Adresse pendant la durée des soins (si différente de l'adresse habituelle) :

Téléphone du domicile:

Nom de famille du parent 1:

Son adresse :

Tél portable : Tél travail : Email :

Nom de famille du parent 2 :

Son adresse :

Tél portable : Tél travail : Email :

Prénom et âge des frères et sœurs :

- -
- -
- -
- -

Mode de garde :

Classe :

Langue(s) parlée(s) :

Pratiques religieuses et spirituelles :

Activités et loisirs :

Étiquette patient

Social

C H S :

Médecin référent :

Asssistante sociale :

C H P ou SSR :

Médecin référent :

Asssistante sociale :

Assistante sociale de secteur :

Autorité parentale ☐ conjointe ☐ mère ☐ père ☐ autre

Assuré Social :

100% ☐ oui ☐ non date demande : date accord :

AEEH ☐ oui ☐ non date demande : date accord

catégorie :

AJPP ☐ oui ☐ non date demande : date accord :

Autres :

Éléments complémentaires :

Photocopies

carte de Sécurité sociale

carte de groupe sanguin

Étiquette patient

Éducation thérapeutique

Suivi ETP

CHP:	IDEL :	SSR :
CHS:	HAD :	RIFHOP :

Diagnostic éducatif le :

Dates : **JJ / MM / AA**				
Lieu				
Diagnostic				
Action éducative				
Atelier				
Documents associés				
À poursuivre				
Commentaires				

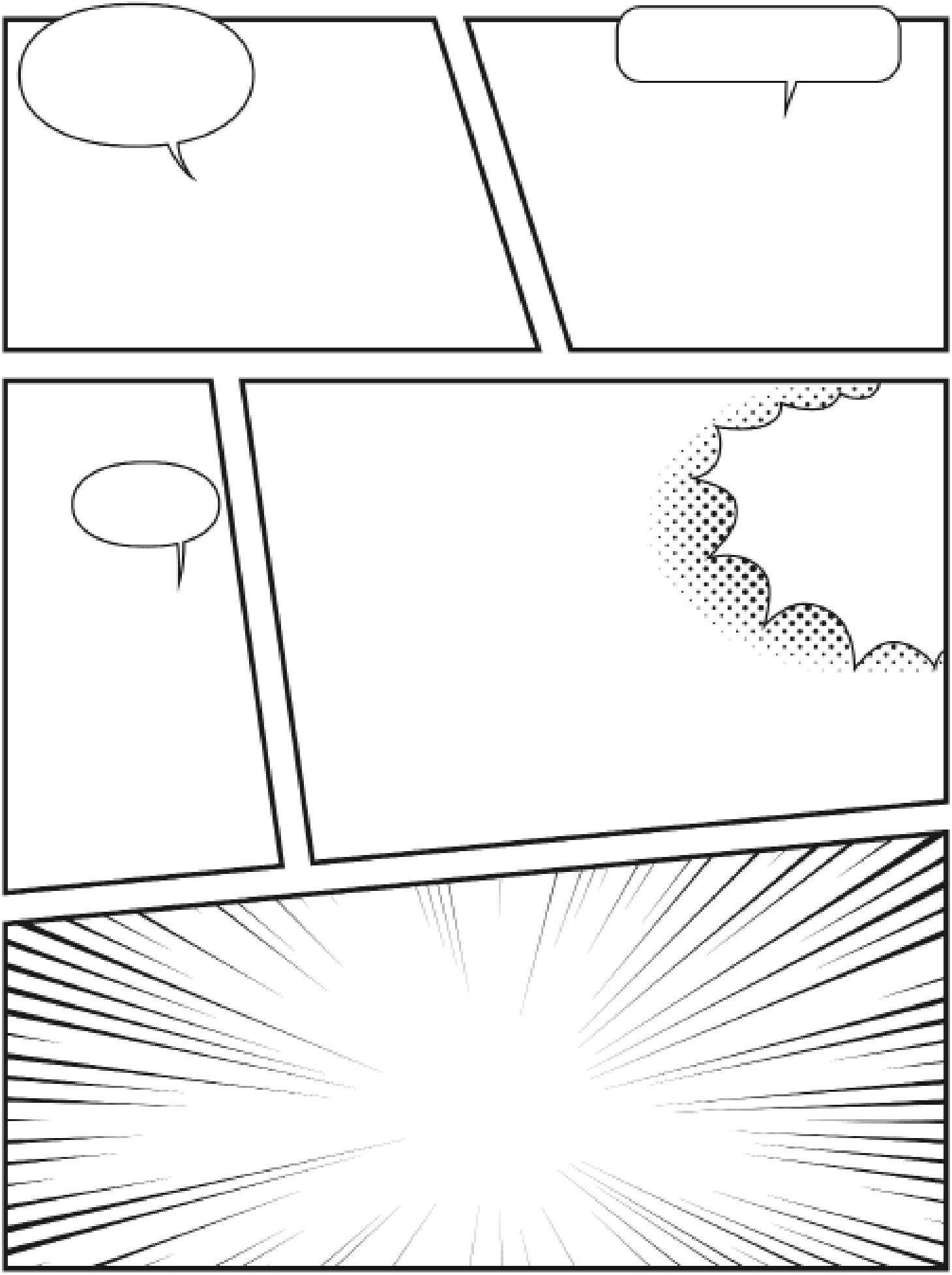
Étiquette patient

Éducation thérapeutique

C'était comment ?

Ce que j'ai fait	Ce que j'en pense ?

ETP BD ©:.....



Étiquette patient

Éducation thérapeutique

Fiche de consentement

(à remplir par l'enfant, l'adolescent ou l'un de ses parents)

Je m'appelle :.....

On m'a tout expliqué sur l'éducation thérapeutique et les ateliers...

J'ai compris que je fais partie du programme :.....
et j'accepte d'y participer.
Toutefois si pour une raison.....je pourrais m'abstenir ?

Ma signature :

Mémo médical 1ère sortie 1/2

Étiquette patient

Fiche complétée par le médecin qui organise la sortie, et à remettre dans le classeur RIFHOP

Voir également le verso

RCP ☐ faite ☐ programmée le :
Diagnostic : ☐ posé le : ☐ en attente

Protocole :
Centre spécialisé : Médecin référent :
Hospitalisation du : au : pour :
Résumé :

Voie d'abord : ☐ PAC ☐ KT ext ☐ Picc Line ☐ Autre ☐ Aucune
À la sortie :
Poids : HB : Pl : Leuco : PNN :
Autre :

Centre de proximité : Tél : Fax :
Professionnel contacté avant la sortie du CHS :
Rendez-vous prévu le :
Points à surveiller :

Prochain rendez-vous au Centre spécialisé le : Unité de soins :
Date du bilan avant prochaine cure :
À faxer au :

Informations complémentaires

Étiquette patient

Liaison médicale

À compléter à chaque évènement significatif

DOULEUR	NON OUI	NON OUI	NON OUI	NON OUI
Date				
Type de prémédic° avant geste invasif : ATARAX HYPNOVEL IR NUBAIN MEOPA Autre (laquelle) :	.....	.....	.....	.....

TRANSFUSIONS Date :				
Seuil transfusionnel en Hb :	.....	.....	.....	.....
Seuil transfusionnel en Plaq. :	.....	.....	.....	.....
PSL irradiés				
Précaution nécessaire < transfusion CPA Polaramine : Corticoïdes : CPA T. sol ou déplasmatisé :	.....	.....	.....	.....

ALLERGIES : laquelle ?	NON OUI	NON OUI	NON OUI	NON OUI
Date				
Chimiothérapie Laquelle :	.....	.....	.....	.....
Antibiotique Lequel :	.....	.....	.....	.....
Médicament Lequel :	.....	.....	.....	.....
Pansement Lequel :	.....	.....	.....	.....
Emla				
Plaquettes				

INFECTIEUX	NON OUI	NON OUI	NON OUI	NON OUI
Date				
Germe à prendre en compte en cas d'ATB Quel germe : Site : Date dernier prélèvement (+) :	.....	.....	.....	.....
Antibiothérapie empirique particulière Laquelle ? :	.....	.....	.....	.....

Mémo global 1ère sortie

Étiquette patient

Check list des items à vérifier avant la première sortie pour repérer ce qui reste à faire, et à communiquer aux partenaires. Fiche complétée par la personne qui organise la sortie, et à remettre dans le classeur RIFHOP.

Complété par :.....

I- Anticipation de la sortie (le plus tôt possible)

1- Organisation générale

Référents médicaux désignés ☐ CHS ☐ CHP
Contact coordinatrice Rifhop ☐ fait ☐ à faire
Contact précoce ☐ CHP ☐ SSR ☐ HAD
☐ IDE libérale ☐ prestataire
Médecin traitant identifié ☐ fait ☐ à faire

2- Information aux parents et à l'enfant

Diagnostic donné et à qui : ☐ parents ☐ enfant
PPS (projet personnalisé de soins) remis aux parents ☐ OUI ☐ à venir
Prochain rendez-vous ☐ pris ☐ à prendre ☐ famille informée

3- Fratrie ☐ absente ☐ rencontrée ☐ rencontre prévue

4- Assistante sociale ☐ rencontrée ☐ rdv pris ☐ à prendre

5- Diététicienne ☐ rencontrée ☐ rdv pris ☐ à prendre

6- Pédopsychiatre et /ou psychologue

Rencontre ☐ Non indiquée ☐ faite
☐ proposée et : ☐ acceptée ☐ refusée

7- Scolarité ☐ non scolarisé ☐ école contactée ☐ Sapad contacté ☐ Sapad à contacter

II- La Sortie

1- Correspondants contactés par : ☐ téléphone ☐ fax ☐ mail

2- Documents remis aux parents à la sortie

a) Ordonnances de sortie ☐
b) Rendez-vous et convocations ☐
c) Classeur RIFHOP remis et complété ☐ fiche médicale ☐ fiche VVC
☐ fiche contacts ☐ fiche paramédicale
☐ carte de groupe
d) Documents spécifiques du service (livret d'accueil, consignes sorties…) ☐ donnés
e) Bon de transport (même si véhicule personnel) ☐ donné ☐ proposé

Étiquette patient

Mémo douleur lors des gestes invasifs à remplir à la première sortie du CHS

Retenir la technique la plus efficace pour chaque soin

Fiche remplie le : par :		Ponction PAC	Pansement KT ou autre	Injection		Ponction		Bilan périphérique IV	Autre
				SC	IM	PL	Myélo		
Médicaments utilisés (Morphine, Nubain, Atarax, Meopa, Emla, Saccharine...) à préciser									
Participation des parents									
Distractions (chansons, comptines, bulles, vidéo, poupée chiffon, ...) à préciser									
Traitements non médicamenteux	Techniques hypnoanalgésie								
	Relaxation								
Comportement pendant les soins	Avant								
	Pendant								
	Après								
Échelle utilisée et cotation	Avant								
	Pendant								
	Après								

Liaison paramédicale

Fiche établie à chaque sortie d'hospitalisation	le :	le :
Par : nom et fonction		
Nom de la structure et service		

Étiquette patient

Voir au verso

Date d'entrée		
Date de sortie		
Motif de l'hospitalisation	☐ bilan..... ☐ chimio..... ☐ aplasie..... ☐ autre.....	☐ bilan..... ☐ chimio..... ☐ aplasie..... ☐ autre.....
Résumé de l'hospitalisation		

Enfant douloureux	☐ NON ☐ OUI	☐ NON ☐ OUI
Type d'échelle : laquelle ?		
Technique en cours (per os, IV, patch...)		
PCA	☐ NON ☐ OUI	☐ NON ☐ OUI

Nutrition : poids de sortie		
Sonde naso gastrique posée le : à changer le :	n°	n° ....
Régime alimentaire spécifique	☐ propre ☐ sans sel ☐ sans sucre ☐ hypercalorique	☐ propre ☐ sans sel ☐ sans sucre ☐ hypercalorique
Modalités spécifiques	☐ mixé ☐ stomie	☐ mixé ☐ stomie

Liaison paramédicale

Date			Étiquette patient

Respiration n° canule :	☐ normale ☐ kiné respi ☐ O2 ☐ trachéo	☐ normale ☐ kiné respi ☐ O2 ☐ trachéo	Commentaire
Élimination urinaire sonde posée le : sondage itératif, rythme:	☐ normale ☐ incontinence ☐ couches ☐ sonde n°	☐ normale ☐ incontinence ☐ couches ☐ sonde n°	Commentaire
Transit	☐ normal ☐ constipation ☐ diarrhée ☐ incontinence ☐ stomie	☐ normal ☐ constipation ☐ diarrhée ☐ incontinence ☐ stomie	Commentaire
Mobilisation	☐ normale ☐ kiné ☐ béquilles ☐ fauteuil ☐ prothèse	☐ normale ☐ kiné ☐ béquilles ☐ fauteuil ☐ prothèse	Commentaire
Hygiène	☐ autonome ☐ aide ☐ toilette au lit	☐ autonome ☐ aide ☐ toilette au lit	Commentaire
État cutané	☐ normal ☐ escarres ☐ matelas anti escarres	☐ normal ☐ escarres ☐ matelas anti escarres	Commentaire
Sommeil	☐ grand lit ☐ lit à barreaux ☐ doudou	☐ grand lit ☐ lit à barreaux ☐ doudou	Commentaire

Transmissions significatives

Surveillance après chimiothérapie à domicile (fiche soignants)

Détail des items à vérifier à chaque passage au domicile

Cochez les cases dans les grilles qui suivent (5 jours /grille)

ÉLÉMENTS de SURVEILLANCE	NORMAL	VIGILANCE	PRÉVENIR le MÉDECIN	HOSPITALISATION
T° axillaire corrigée ou auriculaire (rectal interdit)	36° < T° < 38°C	> ou = à 38°C une fois, ou < 36° ou Sueurs	>38,5°C une fois ou >38°C deux fois à 1h d'intervalle Frissons	>38,5° C ou >38°C deux fois à 1h d'intervalle en aplasie
Voie Veineuse Centrale	Peau autour du point d'entrée, non inflammatoire, indolore	Peau rouge indolore	Oedème Douleur	Présence de pus ou Saignement ou Nécrose
Mucite (Évaluation avec lampe de poche)	Muqueuse rosée Alimentation habituelle indolore	Érythème ou altération des muqueuses EVA < 3	Ulcération ou inflammation des muqueuses Traitement Per Os impossible EVA ≥ 4	Alimentation impossible
Anite	Pas d'anite	Inflammation locale	Fissure avec douleurs	Cellulite
Toxicité cutanée	Peau normale Pas de douleur ou de prurit	Érythème ou Desquamation sèche	Vésicules Prurit	Ulcérations Érythème étendu Nécrose
Nausées, Vomissements	Absence de nausée et vomissement	Nausées Vomissements transitoires (1 à 2/j)	Vomissements (>2/j)	Vomissements incoercibles ou Déshydratation
Constipation	Transit habituel	1 selle au moins toutes les 48 heures	Douleurs ou moins de 1 selle tous les 3 jours	Sub-occlusion / Occlusion : vomissements
Diarrhée	Transit habituel	> 3 selles /j	> 4 selles /j avec difficultés alimentaires	> 6 selles /j ou déshydratation ou Diarrhée hémorragique ou Anorexie ou Vomissements
Douleur (cf EVA ou échelle d' hétéroévaluation)*	Absence	Faible	Modérée sans interférence avec la vie quotidienne	Sévère, interfère avec la vie quotidienne malgré traitement
Saignement	Aucun signe		Purpura, Ecchymoses Epistaxis cédant spontanément	Hémorragies des muqueuses (gencives, urines, selles) Saignement autre
Troubles urinaires	Diurèse normale			Sang dans les urines ou Dysurie ou Anurie
Neuropathie périphérique (cf DN4)*	Aucun signe	Paresthésies modérées	Paresthésies sévères et / ou faiblesse musculaire	Paresthésies intolérables ou trouble de la marche
Céphalées	Absentes	Légères sans interférence sur la vie quotidienne	Nécessitant un antalgique ou interférant avec les activités quotidiennes	Intenses avec photophobie ou / et vomissements

* Voir Fiche Rifhop DOUL 05 : Évaluation de la douleur

Étiquette patient

Surveillance après chimio

Items à vérifier et cocher à chaque passage au domicile (voir «Détail des items» en amont)

Si vous cochez 1 case orange ou rouge, vous devez prévenir le médecin référent !

Dates : JJ / MM / AA																				
Cocher le degré de gravité																				
T° axillaire corrigée																				
Cathéter																				
Mucite																				
Anite																				
Toxicité cutanée																				
Nausées, Vomissements																				
Constipation																				
Diarrhée																				
Douleurs																				
Saignement																				
Troubles urinaires																				
Neuropathie périphérique																				
Céphalées																				
Transmissions significatives																				
Initiales + signature																				

Étiquette patient

Surveillance après chimio

Items à vérifier et cocher à chaque passage au domicile **(voir «Détail des items» en amont)**

Si vous cochez 1 case orange ou rouge, vous devez **prévenir le médecin référent !**

Dates : JJ / MM / AA																				
Cocher le degré de gravité																				
T° axillaire corrigée																				
Cathéter																				
Mucite																				
Anite																				
Toxicité cutanée																				
Nausées, Vomissements																				
Constipation																				
Diarrhée																				
Douleurs																				
Saignement																				
Troubles urinaires																				
Neuropathie périphérique																				
Céphalées																				
Transmissions significatives																				
Initiales + signature																				

Etiquette patient

Transmissions

Date & heure	Transmissions des médecins & infirmières	Nom, fonction structure

Etiquette patient

Transmissions

Date & heure	Transmissions des médecins & infirmières	Nom, fonction structure

Étiquette patient

V.V.C (Voie Veineuse Centrale)

Site implantable

site posé le :
posé à :
type d'aiguille :
taille de l'aiguille :

Cathéter extériorisé

cathéter posé le :
posé à :
type de cathéter :
Securacath : OUI NON
longueur extériorisée :

Picc Line

cathéter posé le :
posé à :
type de cathéter :
longueur et (ou) repère :

DATE					
longueur extériorisée					
CICATRICE ET / OU POINT D'ÉMERGENCE					
propre					
inflammatoire					
hématome					
allergie					
GESTE (sur site)					
pose aiguille Huber					
change[t] aiguille					
ablation aiguille					
réfection du pansement					
ENTRETIEN					
chgt ligne veineuse					
chgt de valve					
état cutané					
type pst					
antiseptique					
PERMÉABILITÉ					
bon reflux +/-bon débit					
absence de reflux					
débit irrégulier					
KT positionnel					
bouché					
AUTRES ACTES					
désobstruction fibrinolytique : **F** sérum phy : **SPhy**					
contrôle radio					
Bilan sanguin					
verrou antibiotique					
hémoc/écouvillons					
COMMENTAIRES & SIGNATURE					

Étiquette patient

V.V.C (Voie Veineuse Centrale)

Site implantable

site posé le :
posé à :
type d'aiguille :
taille de l'aiguille :

Cathéter extériorisé

cathéter posé le :
posé à :
type de cathéter :
Securacath : OUI NON
longueur extériorisée :

Picc Line

cathéter posé le :
posé à :
type de cathéter :
longueur et (ou) repère :

DATE					
longueur extériorisée					
CICATRICE ET / OU POINT D'ÉMERGENCE					
propre					
inflammatoire					
hématome					
allergie					
GESTE (sur site)					
pose aiguille Huber					
change[t] aiguille					
ablation aiguille					
réfection du pansement					
ENTRETIEN					
chgt ligne veineuse					
chgt de valve					
état cutané					
type pst					
antiseptique					
PERMÉABILITÉ					
bon reflux +/-bon débit					
absence de reflux					
débit irrégulier					
KT positionnel					
bouché					
AUTRES ACTES					
désobstruction fibrinolytique : **F** sérum phy : **SPhy**					
contrôle radio					
Bilan sanguin					
verrou antibiotique					
hémoc/écouvillons					
COMMENTAIRES & SIGNATURE					

Étiquette patient

V.V.C (Voie Veineuse Centrale)

Site implantable

site posé le :
posé à :
type d'aiguille :
taille de l'aiguille :

Cathéter extériorisé

cathéter posé le :
posé à :
type de cathéter :
Securacath : OUI NON
longueur extériorisée :

Picc Line

cathéter posé le :
posé à :
type de cathéter :
longueur et (ou) repère :

DATE					
longueur extériorisée					
CICATRICE ET / OU POINT D'ÉMERGENCE					
propre					
inflammatoire					
hématome					
allergie					
GESTE (sur site)					
pose aiguille Huber					
change[t] aiguille					
ablation aiguille					
réfection du pansement					
ENTRETIEN					
chgt ligne veineuse					
chgt de valve					
état cutané					
type pst					
antiseptique					
PERMÉABILITÉ					
bon reflux +/-bon débit					
absence de reflux					
débit irrégulier					
KT positionnel					
bouché					
AUTRES ACTES					
désobstruction fibrinolytique : **F** sérum phy : **SPhy**					
contrôle radio					
Bilan sanguin					
verrou antibiotique					
hémoc/écouvillons					
COMMENTAIRES & SIGNATURE					

Étiquette patient

V.V.C (Voie Veineuse Centrale)

Site implantable

site posé le :
posé à :
type d'aiguille :
taille de l'aiguille :

Cathéter extériorisé

cathéter posé le :
posé à :
type de cathéter :
Securacath : OUI NON
longueur extériorisée :

Picc Line

cathéter posé le :
posé à :
type de cathéter :
longueur et (ou) repère :

DATE					
longueur extériorisée					
CICATRICE ET / OU POINT D'ÉMERGENCE					
propre					
inflammatoire					
hématome					
allergie					
GESTE (sur site)					
pose aiguille Huber					
change[t] aiguille					
ablation aiguille					
réfection du pansement					
ENTRETIEN					
chgt ligne veineuse					
chgt de valve					
état cutané					
type pst					
antiseptique					
PERMÉABILITÉ					
bon reflux +/-bon débit					
absence de reflux					
débit irrégulier					
KT positionnel					
bouché					
AUTRES ACTES					
désobstruction fibrinolytique : **F** sérum phy : **SPhy**					
contrôle radio					
Bilan sanguin					
verrou antibiotique					
hémoc/écouvillons					
COMMENTAIRES & SIGNATURE					

Prévention
Traitement
Surveillance
des douleurs

DOUL 05

ÉVALUATION de la douleur

FICHE SOIGNANTS

Patients traités en hématologie-oncologie pédiatrique

RiFhoP
RÉSEAU D'ÎLE DE FRANCE
'HÉMATOLOGIE-ONCOLOGIE
PÉDIATRIQUE

PRINCIPES DE L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR

1. Évaluer et comprendre au plus près ce que l'enfant éprouve passe par la construction d'une **relation,** (abord empathique), puis par un **outil de mesure**.
2. Seule une évaluation avec un **outil fiable** et validé sera reproductible et permettra une prescription adaptée.
3. Pour que cette évaluation soit optimale dans le temps il est recommandé d'utiliser **un même outil** entre l'ensemble des professionnels qui interviennent auprès de l'enfant.
4. Le **choix** de l'échelle revient en priorité à **l'enfant,** selon son développement et son état général.
5. Les parents restent un partenaire majeur dans l'évaluation.
6. Ce choix sera **consensuel entre les professionnels et les parents et tracé** dans le dossier de l'enfant.

CHOIX DE L'ÉCHELLE

Toutes ces échelles sont téléchargeables sur le site du Rifhop : **www.rifhop.net / Outils**, et sur l'application **RifhoPoche** où l'on peut les remplir et enregistrer les résultats.

Profil de l'enfant	Hétéro évaluation 0 - > 6ans Voire plus selon situation		Auto évaluation > 6 ans (à tenter à partir de 4 ans) Toujours à privilégier mais ne dispense pas de l'hétéroévaluation	
	Échelle	**Seuil de traitement**	**Échelle**	**Seuil de traitement**
0 - 3 mois	EDIN (Douleur, Inconfort) DAN (Douleur Aiguë NNé)	≥ 5 /15 ≥ 2 /10		
0 - 18 mois	NFCS (Neonatal Facial Coding System)	≥ 1 / 4		
0 - 7 ans	EVENDOL : toutes situations d'urgence et post-op	≥ 4 / 15		
2 mois à 7 ans	FLACC : douleurs liées aux soins et post op	≥ 3 / 10		
2 - 6 ans	HEDEN : douleurs prolongées	≥ 3 / 10		
> 6 ans (à tenter à partir de 4 ans)			Échelle de Visages (traduite en plusieurs langues)	≥ 4 / 10
			EVA (Échelle Visuelle Analogique)	≥ 3 / 10
			EN (Echelle Numérique) : l'enfant cote sa douleur entre 0 et 10	≥ 3 / 10
			Schéma du bonhomme : permet à l'enfant de dessiner les zones douloureuses	
			DN4 (Douleurs Neuropathiques)	≥ 4 / 10
Enfant de 2 à 6 ans, calme en apparence mais avec pathologie complexe	DEGR HEDEN	≥ 10 / 40 ≥ 3 / 10		
Enfant polyhandicapé et/ou avec une déficience cognitive	FLACC modifiée : pour les soins et post op SAN SALVADOUR : pour douleurs au quotidien	≥ 3 / 10 ≥ 6 / 40		
Enfants > 4 ans ne maîtrisant pas la langue			Échelle de Visages (traduite dans plusieurs langues)	≥ 4 / 10

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt avec des établissements produisant ou exploitant des produits de santé ou des organismes intervenant sur ces produits.

Prévention
Traitement
Surveillance
des douleurs

DOUL 05

ÉVALUATION de la douleur

FICHE SOIGNANTS

Patients traités en hématologie-oncologie pédiatrique

RiFhoP
RÉSEAU D'ÎLE DE FRANCE
'HÉMATOLOGIE-ONCOLOGIE
PÉDIATRIQUE

ARBRE DÉCISIONNEL

Patient potentiellement douloureux

Patient de MOINS de 4 ans

Patient de PLUS de 4 ans

Tentative d'AUTO ÉVALUATION
Évaluer la douleur à l'aide d'une échelle d'autoévaluation
(EVA, EN, échelle des visages)
Proposer 2 échelles à l'enfant*

** Pour vérifier la compréhension de l'enfant, puis on choisit l'échelle qui lui plait.*

Autoévaluation possible ?

NON →

HÉTÉRO ÉVALUATION
Évaluer la douleur à l'aide d'une échelle adaptée à l'âge et à la situation clinique du patient.

OUI

TRACER L'ÉCHELLE UTILISÉE ET LE SCORE OBTENU DANS LE DOSSIER PATIENT

Patient douloureux ?

NON → **Patient non douloureux => poursuivre l'observation et la surveillance**

OUI

Prise en charge multimodale (médicamenteuse et non médicamenteuse) de la douleur

Réévaluation de la douleur

Patient soulagé ?

NON

OUI

Patient soulagé => poursuivre l'observation et la surveillance

Traçabilité de la douleur lors des gestes invasifs en CHP et au domicile

Date et heure	Identité du soignant	Nature du soin	Durée du soin	Présence d'un parent	Technique utilisée à visée antalgique	Évaluation après	
						Douleur	Confort Comportement

Traçabilité de la douleur lors des gestes invasifs en CHP et au domicile

Date et heure	Identité du soignant	Nature du soin	Durée du soin	Présence d'un parent	Technique utilisée à visée antalgique	Évaluation après	
						Douleur	Confort Comportement

Diététique

Synthèse de prise en charge

Date : ☐ Entretien de sortie ☐ Consultation

Fiche établie par : **Fonction :** diététicien(ne)

Hôpital : **Téléphone :**

Motif de la prise en charge

Données anthropométriques

Poids du jour : Taille du jour :

IMC : Score de Waterlow en % :

Historique du poids :

Supports nutritionnels actuels

☐ Alimentation enrichie
☐ Compléments nutritionnels oraux préciser :
☐ Nutrition entérale préciser :
☐ Nutrition parentérale

Couverture des besoins :

Ingesta évalués :

☐ ATCD de supports nutritionnels préciser :

Conseils nutritionnels et fiches RIFHOP données :

Objectifs nutritionnels :

Diététique

Synthèse de prise en charge

Date : ☐ Entretien de sortie ☐ Consultation

Fiche établie par : **Fonction :** diététicien(ne)

Hôpital : **Téléphone :**

Motif de la prise en charge

Données anthropométriques

Poids du jour : Taille du jour :

IMC : Score de Waterlow en % :

Historique du poids :

Supports nutritionnels actuels

☐ Alimentation enrichie
☐ Compléments nutritionnels oraux préciser :
☐ Nutrition entérale préciser :
☐ Nutrition parentérale

Couverture des besoins :

Ingesta évalués :

☐ ATCD de supports nutritionnels préciser :

Conseils nutritionnels et fiches RIFHOP données :

Objectifs nutritionnels :

Étiquette patient

Coordinations APADHE	
APADHE75	Tél : 01 47 34 48 24 sapad75@pep75.org
APADHE 77	Tél : 06 13 67 53 73 dorienne.prot@ac-creteil.fr
APADHE 78	Tél : 01 39 23 63 18 ce.ia78.sapad@ac-versailles.fr
APADHE 91	Tél : 01 69 47 84 47 ce.ia91.apadhe1@ac-versailles.fr ce.ia91.apadhe2@ac-versailles.fr
APADHE 92	Tél : 01 71 14 28 59 ce.ia92.sapadhe92@ac-versailles.fr
APADHE 93	Tél : 01 43 93 74 28 ce.93sapad@ac-creteil.fr
SAPEMA 94	Tél : 01 42 07 80 02 sapema@lespep94.org
APADHE 95	Tél : 01 79 81 21 27 ce.apadhe95@ac-versailles.fr

Liaison scolaire maternelle et élémentaire

École d'origine :

Classe :

Enseignants	Nom	Téléphone	Mail
Directeur			
Enseignant de l'école			
Enseignants du domicile			
Enseignants du CHS			
Enseignants du CHP ou SSR			

Évaluations nationales ☐ OUI ☐ NON Niveau :

Projet d'orientation ☐ OUI ☐ NON Lequel :

Dossier MDPH :

Étiquette patient

Coordinations APADHE	
APADHE75	Tél : 01 47 34 48 24 sapad75@pep75.org
APADHE 77	Tél : 06 13 67 53 73 dorienne.prot@ac-creteil.fr
APADHE 78	Tél : 01 39 23 63 18 ce.ia78.sapad@ac-versailles.fr
APADHE 91	Tél : 01 69 47 84 47 ce.ia91.apadhe1@ac-versailles.fr ce.ia91.apadhe2@ac-versailles.fr
APADHE 92	Tél : 01 71 14 28 59 ce.ia92.sapadhe92@ac-versailles.fr
APADHE 93	Tél : 01 43 93 74 28 ce.93sapad@ac-creteil.fr
SAPEMA 94	Tél : 01 42 07 80 02 sapema@lespep94.org
APADHE 95	Tél : 01 79 81 21 27 ce.apadhe95@ac-versailles.fr

Liaison scolaire en secondaire

Établissement d'origine :

Classe :

Enseignants	Nom	Téléphone	Mail
Directeur			
CPE ou professeur principal			
Enseignants du domicile			
Enseignants du CHS			
Enseignants du CHP ou SSR			

Évaluations nationales ☐ OUI ☐ NON Niveau :

Projet d'orientation ☐ OUI ☐ NON Lequel :

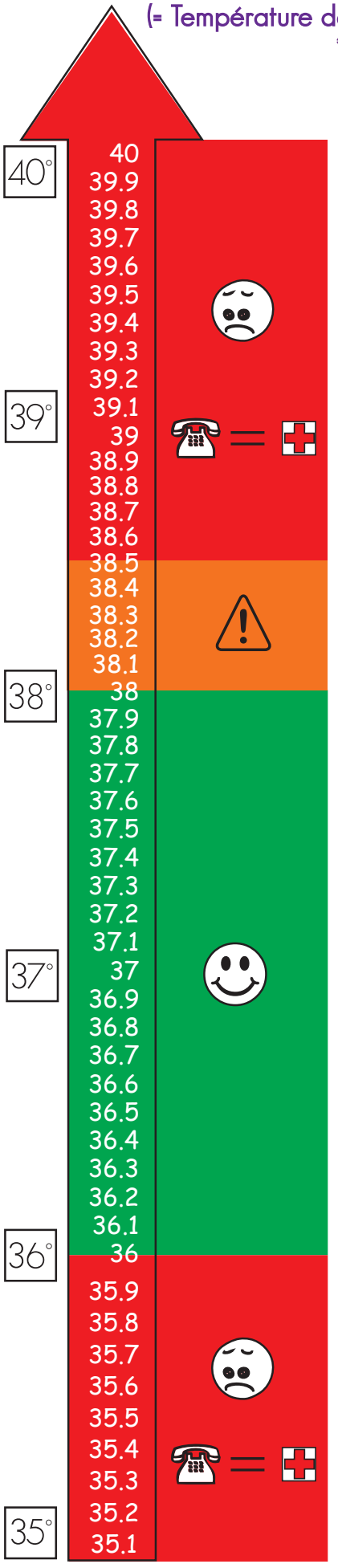
Dossier MDPH :

TEMPÉRATURE AXILLAIRE CORRIGÉE

(= Température donnée par le thermomètre à laquelle il faut ajouter* : .....)

** valeur à rajouter en fonction du thermomètre*

RiFhoP
RÉSEAU D'ÎLE DE FRANCE
'HÉMATOLOGIE-ONCOLOGIE
PÉDIATRIQUE



NON PRISE EN RECTAL

Dès la 1ère prise, appeler l'hôpital
NE PAS DONNER DE PARACÉTAMOL NI D'IBUPROFÈNE

Contrôler la température à 2 reprises avec 1h d'intervalle et si la température ne redescend pas ou augmente appeler l'hôpital
NE PAS DONNER DE PARACÉTAMOL NI D'IBUPROFÈNE

Si votre enfant se plaint de douleurs, contrôler la température avant de donner du paracétamol

Couvrir votre enfant et recontrôler 1h après si persistance : appeler l'hôpital

Hôpitaux Universitaires Est Parisien
TROUSSEAU LA ROCHE-GUYON

Document initial crée par Delphine BRAUD, Infirmière Puéricultrice en Hospitalisation A Domicile APHP.
Modifié avec son accord par Nadia MARQUIS, Infirmière Puéricultrice Clinicienne, Hôpital Trousseau
Service d'Hématologie et d'Oncologie Pédiatrique

Harmonisation des pratiques

SBD 02

Soins bucco dentaires

Fiche Parents

Patients traités en hématologie-oncologie pédiatrique

RiFhoP
RÉSEAU D'ÎLE DE FRANCE
'HÉMATOLOGIE-ONCOLOGIE
PÉDIATRIQUE

Le traitement par chimiothérapie ou radiothérapie peut retentir de plusieurs façons sur la bouche :

1. Le traitement diminue la salivation qui participe à l'hydratation et la désinfection de la bouche
2. La baisse des globules blancs diminue la protection contre les infections
3. La baisse de plaquettes favorise le risque de saignements des gencives

Il existe donc un risque d'inflammation (mucite), d'infection et de saignements de la bouche. Les soins bucco dentaires limitent ces risques.

A - BROSSAGE DES DENTS

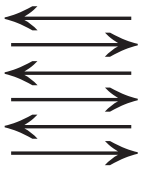
Tous les enfants se brossent les dents, y compris en aplasie sauf si :

- trop petit pour un brossage
- les gencices saignent facilement
- le médecin contre indique le brossage temporairement.Voir alors Bain de bouche au verso

En faisant des ronds sur les faces externes des dents

Brossages : 2 par jour

En faisant des traits horizontaux sur les faces internes et le dessus des dents



Durée : 1 à 2 mn

Bien rincer la brosse

> 2 ans : brosse souple type 1er âge
> 5-6 ans : brosse à dents souple
> 8 ans : brosse à dents post-chirurgicale type Inava

La ranger dans un étui, à l'écart des autres brosses

Changer la brosse tous les mois

Jan	Fev	Mar	Avr	Mai	Jun
Jui	Aou	Sep	Oct	Nov	Dec

Soins bucco dentaires

FICHE PARENTS

Patients traités en hématologie-oncologie pédiatrique

RiFhoP
RÉSEAU D'ÎLE DE FRANCE
'HÉMATOLOGIE-ONCOLOGIE
PÉDIATRIQUE

B -BAIN DE BOUCHE

Uniquement en remplacement provisoire du brossage des dents, sur prescription médicale, dans des circonstances bien précises (infection ou inflammation de la bouche, saignement des gencives).
Le principe fondamental est de bien rincer la bouche à l'eau après chaque repas.

Le médecin vous prescrira un antiseptique à prendre en pharmacie sur présentation d'une ordonnance. Le flacon se conserve 30 jours au réfrigérateur après ouverture.

AVANT LE SOIN : se laver les mains au savon ordinaire et préparer le matériel (soin de bouche, gobelet-doseur, bâtonnet ou compresses, serviette ou papier absorbant pour s'essuyer les mains et la bouche). Secouer le flacon.

SI VOTRE ENFANT EST ASSEZ GRAND, IL PEUT RÉALISER SON BAIN DE BOUCHE TOUT SEUL :

- Ne pas boire directement le produit dans le flacon ou la bouteille.
- Remplir le gobelet-doseur (20 ml) fourni avec le flacon ou un ½ verre pour les plus grands.
- Se rincer la bouche avec un peu de solution, en la remuant dans toute la bouche pendant 20-30 secondes, et en évitant de l'avaler (si une gorgée est avalée de temps en temps, il n'y aura pas de conséquence).
- Recracher dans le lavabo (maison) ou le haricot (hôpital).
- Recommencer jusqu'à finir le gobelet-doseur.

SI VOTRE ENFANT EST PETIT, CE SONT LES PARENTS OU LE PERSONNEL SOIGNANT QUI EFFECTUERONT LE BAIN DE BOUCHE :

Tremper une compresse (non stérile) enroulée sur un doigt ou le bâtonnet dans la solution et procéder en 3 temps, en changeant à chaque fois de compresse imprégnée ou de bâtonnet.

Nettoyer :

1. Le côté extérieur des dents et gencives, en haut puis en bas, puis l'intérieur des joues.
2. Le palais, le côté intérieur des dents et gencives du haut.
3. Sous la langue, le côté intérieur des dents et gencives du bas, terminer sur le dessus de la langue.

C - SIGNES DE « MUCITE » → Prévenir le médecin de l'hôpital de jour

- Bouche plus rouge que d'habitude, empreinte des dents sur le tour de la langue, gencives gonflées, aphtes, douleur lors du passage des compresses ou bâtonnets.
- Votre enfant bave ou déglutit avec difficultés sa salive.
- Votre enfant ne peut plus manger ou boire, ou se plaint de douleurs (même uniquement dans la gorge), malgré l'ajout des médicaments contre la douleur.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt avec des établissements produisant ou exploitant des produits de santé ou des organismes intervenant sur ces produits.

Pharmaciens

PHAR 04

Vomissements lors de la prise d'un traitement oral

Patients traités en hématologie-oncologie pédiatrique

RiFhoP
RÉSEAU D'ÎLE DE FRANCE
'HÉMATOLOGIE-ONCOLOGIE
PÉDIATRIQUE

CONSEILS GÉNÉRAUX

- Absorber le comprimé ou la gélule avec le minimum d'eau
- Utiliser la forme lyoc si l'enfant le peut ou éventuellement le diluer avec un peu d'eau
- Lors de vomissements réitérés, penser à des causes physiopathologiques et consulter le médecin (gastroentérite, évolution méningée …).

QUE FAIRE ?

Si vomissement immédiat ou rapide après la prise, vérifier la présence ou l'absence de la gélule ou du comprimé dans le rendu de l'enfant.

- Si présence du médicament : en redonner un autre
- **SINON :**

TRAITEMENT DE FOND		
SPÉCIALITÉS		**RECOMMANDATIONS**
ANTICANCÉREUX	LANVIS®, TÉMODAL®, PURINÉTHOL®, CELLTOP®, ETOPOSIDE®, NAVELBINE®, METHOTREXATE, GLIVEC®, ETC…	• Ne pas reprendre le médicament • Attendre la prise suivante et ne jamais la doubler • CONTACTER LE MEDECIN
CORTICOÏDES		• Vomissement dans les 30 minutes après la prise : reprise de la dose habituelle • Vomissement au-delà de 30 minutes après la prise : ne pas reprendre le médicament, attendre la prise suivante et ne jamais la doubler • CONTACTER LE MÉDECIN
IMMUNOSUPPRESSEURS	NEORAL®	• Vomissement dans les 30 minutes après le prise : reprise de la dose habituelle • Vomissement au-delà de 30 minutes après la prise : ne pas reprendre le médicament, attendre la prise suivante et ne jamais la doubler • CONTACTER LE MÉDECIN

Pharmaciens

PHAR 04

Vomissements lors de la prise d'un traitement oral

Patients traités en hématologie-oncologie pédiatrique

RiFhoP
RÉSEAU D'ÎLE DE FRANCE
'HÉMATOLOGIE-ONCOLOGIE
PÉDIATRIQUE

TRAITEMENT ASSOCIÉ		
SPÉCIALITÉS		**RECOMMANDATIONS**
ANTIÉMÉTIQUES	KYTRIL®, ZOPHREN® (hors forme lyoc)	• Vomissement dans les 30 minutes après la prise : reprise de la dose habituelle • Vomissement au-delà de 30 minutes après la prise : ne pas reprendre le médicament, attendre la prise suivante et ne jamais la doubler
	EMEND®	• Vomissement dans les 30 minutes après le prise : reprise de la dose habituelle • Vomissement au-delà de 30 minutes après la prise : ne pas reprendre le médicament, attendre la prise suivante et ne jamais la doubler
	PLITICAN®	• Ne pas reprendre le médicament • Attendre la prise suivante et ne jamais la doubler
ANXIOLYTIQUES	ATARAX®	• Vomissement dans les 30 minutes après la prise : reprise de la dose habituelle • Vomissement au-delà de 30 minutes après la prise : ne pas reprendre le médicament, attendre la prise suivante et ne jamais la doubler
ANTALGIQUES		• Pour les formes à libération prolongée : ne pas reprendre et réévaluer 3 heures après. • Pour les formes à libération immédiate : réévaluer 1h après le vomissement. Si persistance de la douleur, reprise d'une dose possible
ANTIBIOTIQUES	En prophylaxie BACTRIM®	• Reprise 12h après, sauf la veille de la prise du Méthotrexate®
	En curatif	CONTACTER LE MÉDECIN

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt avec des établissements produisant ou exploitant des produits de santé ou des organismes intervenant sur ces produits.

Groupe de travail : Pharmaciens / RIFHOP 2014

validation RIFHOP 28/01/2015

Bilans sanguins

& Suivi des Numérations Formules Sanguines

Comptes-rendus

Ordonnances

Autres...

Suivi des NFS

Date					
GB					
PNN					
Hémoglobine					
Plaquettes					

Date					
GB					
PNN					
Hémoglobine					
Plaquettes					

Date					
GB					
PNN					
Hémoglobine					
Plaquettes					

Date					
GB					
PNN					
Hémoglobine					
Plaquettes					

Date					
GB					
PNN					
Hémoglobine					
Plaquettes					

Date					
GB					
PNN					
Hémoglobine					
Plaquettes					

Date					
GB					
PNN					
Hémoglobine					
Plaquettes					

Suivi des NFS

Date					
GB					
PNN					
Hémoglobine					
Plaquettes					

Date					
GB					
PNN					
Hémoglobine					
Plaquettes					

Date					
GB					
PNN					
Hémoglobine					
Plaquettes					

Date					
GB					
PNN					
Hémoglobine					
Plaquettes					

Date					
GB					
PNN					
Hémoglobine					
Plaquettes					

Date					
GB					
PNN					
Hémoglobine					
Plaquettes					

Date					
GB					
PNN					
Hémoglobine					
Plaquettes					

Organisation et finalité du réseau

Ce réseau regroupe des établissements publics, des établissements privés, des établissements de soins de suite, des services d'hospitalisation à domicile et des professionnels de santé libéraux (médecins, pédiatres, IDE, kinésithérapeutes…). Il a pour objectif l'amélioration de la qualité et de la continuité des soins au plus proche du domicile du patient. C'est dans un souci constant d'optimiser les résultats avec les mêmes chances pour tous les enfants que nous vous proposons de faire suivre votre enfant dans le cadre du Réseau d'Île-de-France d'Hématologie-Oncologie Pédiatrique.
Le suivi dans le cadre du réseau permet d'optimiser la prise en charge globale, c'est-à-dire médicale, chirurgicale, psychologique et sociale des enfants atteints de cancer et de leur famille, suite aux décisions prises en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) des équipes spécialisées en hématologie-oncologie pédiatrique.

- **Suivi médical et chirurgical**

À l'issue de l'entretien au cours duquel le médecin vous remettra le Projet Personnalisé de Soins (PPS) de votre enfant, une fiche d'inscription dans le réseau sera établie. Elle permettra l'organisation la mieux adaptée possible en fonction de votre choix, de votre lieu d'habitation, mais aussi des contraintes induites par les traitements et les soins et ce, dans le respect d'une charte de qualité commune au sein du réseau.

- **Rencontre avec la coordinatrice territoriale du RIFHOP**

Cet entretien organisé à l'initiative du médecin hospitalier référent permettra de faire connaissance, d'établir un dossier d'inscription au RIFHOP et d'identifier avec vous l'aide dont vous avez besoin et pour laquelle nous essayerons de vous apporter la réponse la plus adaptée grâce aux partenaires du réseau. À l'issue de cette visite à domicile un compte-rendu sera adressé aux médecins référents.

- **Un classeur de liaison vous sera remis**

Il est la propriété de l'enfant et de sa famille. Ce document papier assurera la liaison permanente entre tous les intervenants auprès de votre enfant. Vous pourrez ainsi vous l'approprier en y classant les protocoles de traitement, les comptes rendus, les ordonnances et tous documents que vous jugerez indispensables à l'organisation des soins. La coordinatrice pourra remplir avec vous certaines fiches de liaison pour ses collègues. À la sortie du service spécialisé, en fonction du contexte et de votre lieu d'habitation, vous serez peut-être orientés vers un centre hospitalier de votre proximité géographique. N'hésitez pas à présenter le classeur de liaison de votre enfant à tous les intervenants.

- **Suivi psychosocial**

Notre rôle à ce niveau est de vous mettre en liaison avec les différents partenaires : assistance pédagogique, sociale ou psychologique.

- **Libre choix**

La participation de tout patient au réseau se fait sur la base du volontariat.

- **Accès des professionnels de santé à votre dossier**

Pour assurer au mieux la coordination des soins de votre enfant, notre réseau recueille les informations d'ordre administratif, social et médical nécessaires à sa prise en charge ; ces données sont enregistrées dans un système informatique dont les fonctionnalités respectent la réglementation en vigueur en matière de sécurité d'accès, d'archivage et de circulation des données (déclaration faite à la Commission Nationale Informatique et Libertés le 9/11/2009). L'ensemble des données recueillies dans le cadre de l'activité du réseau est hébergé chez un prestataire extérieur, spécialiste de l'hébergement des données de santé, avec lequel le réseau a établi un contrat.
Dans le but d'optimiser la continuité des soins de votre enfant, le partage et l'actualisation des données relatives à sa santé est indispensable entre les professionnels qui assurent son suivi. Ainsi, l'accès à une partie ou à la totalité de son dossier informatique est donné par le réseau aux intervenants qui concourent directement à sa prise en charge. Toute action de leur part y est tracée (enregistrée).
Afin de garantir le respect de votre vie privée et la confidentialité des informations, les membres du réseau ont signé un engagement de respect de la Charte du réseau.
Nous vous informons que les données concernant votre enfant seront également utilisées à des fins de statistiques, notamment pour analyser l'activité du réseau et évaluer la qualité des pratiques professionnelles ; le réseau garantit l'anonymisation complète des données ainsi exploitées.

- **Loi Informatique et libertés et à la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé** *

Vous disposez des droits suivants :
- droit d'accès, d'opposition, de rectification et d'oubli des données concernant votre enfant ;
- droit à obtenir la liste nominative des professionnels qui ont accès au dossier, de limiter ou retirer les droits donnés à certains d'entre eux ;
- droit à obtenir la communication du dossier, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix.

Si vous le souhaitez, vous pouvez adresser une demande par écrit au réseau.

- **Consentement par écrit**

La réglementation prévoit enfin que vous exprimiez votre consentement pour inscrire votre enfant dans notre réseau. C'est pourquoi nous vous demandons, à l'issue de la lecture de cette notice d'information, de signer le document joint.
L'équipe de coordination du réseau est à votre écoute et se tient à votre disposition pour répondre à toutes vos questions.

** Loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (modifiée par la loi relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel du 06/08/2004). Loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.*

Réseau d'Île-de-France d'Hématologie et d'Oncologie Pédiatrique

194 rue de Tolbiac
75013 Paris

Tél : 01.48.01.90.21
contact@rifhop.net

Inscription d'un enfant ou d'un adolescent au sein du RIFHOP

Exemplaire à conserver par les parents

Les données recueillies au sein de ce formulaire font l'objet de traitements (collecte, analyse, conservation et destruction) par le réseau RIFHOP afin de poursuivre son intérêt légitime à coordonner le parcours patient. Sauf prescription légale particulière, vos données ne sont pas conservées plus de 20 ans à compter de la fin de la prise en charge. Les informations vous concernant ne sont transmises qu'aux seules personnes habilitées à intervenir dans la prise en charge de votre enfant. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement des données vous concernant ainsi que du droit de vous opposer au traitement de vos données par le RIFHOP ou de limiter ces traitements. Pour exercer vos droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter notre association ou son délégué à la protection des données (DPO) en écrivant à contact@rifhop.net et/ ou à RIFHOP 194 rue de Tolbiac 75013 PARIS, ou à dpo.rifhoppaliped@accens.net. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation auprès de la CNIL.

Je soussigné(e),

Parent 1(Nom, Prénom)……

Et (ou) Parent 2 (Nom, Prénom)……..

Représentant légal de l'enfant (Nom, prénom) ……

déclare(nt) avoir pris connaissance du *Document d'information des parents* du Réseau d'Île-de-France d'Hématologie et Oncologie Pédiatrique et accepte(nt) l'inscription de notre enfant dans ce réseau.

Fait en deux exemplaires : l'un pour les parents ou le représentant légal, l'autre pour le réseau.

Fait à ……le ……

Signature du Parent 1:
(ou représentant légal)

Signature du Parent 2
(ou représentant légal) :

Réseau d'Île-de-France d'Hématologie et d'Oncologie Pédiatrique

194 rue de Tolbiac
75013 Paris

Tél : 01.48.01.90.21
contact@rifhop.net

Inscription d'un enfant ou d'un adolescent au sein du RIFHOP

Exemplaire à remettre au Rifhop

Les données recueillies au sein de ce formulaire font l'objet de traitements (collecte, analyse, conservation et destruction) par le réseau RIFHOP afin de poursuivre son intérêt légitime à coordonner le parcours patient. Sauf prescription légale particulière, vos données ne sont pas conservées plus de 20 ans à compter de la fin de la prise en charge. Les informations vous concernant ne sont transmises qu'aux seules personnes habilitées à intervenir dans la prise en charge de votre enfant. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement des données vous concernant ainsi que du droit de vous opposer au traitement de vos données par le RIFHOP ou de limiter ces traitements. Pour exercer vos droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter notre association ou son délégué à la protection des données (DPO) en écrivant à contact@rifhop.net et/ ou à RIFHOP 194 rue de Tolbiac 75013 PARIS, ou à dpo.rifhoppaliped@accens.net. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation auprès de la CNIL.

Je soussigné(e),

Parent 1 (Nom, Prénom)…….

Et (ou) Parent 2 (Nom, Prénom)……..

Représentant légal de l'enfant (Nom, prénom) ……

déclare(nt) avoir pris connaissance du *Document d'information des parents* du Réseau d'Île-de-France d'Hématologie et Oncologie Pédiatrique et accepte(nt) l'inscription de notre enfant dans ce réseau.

Fait en deux exemplaires : l'un pour les parents ou le représentant légal, l'autre pour le réseau.

Fait à ……le ……

Signature du Parent 1:
(ou représentant légal)

Signature du Parent 2
(ou représentant légal) :