

Classeur de liaison



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

Fiche pour suivi des rendez-vous

Dates	Type de rendez-vous (consultation, hospitalisation, hôpital de jour, examens radiologiques, Hospitalisation A Domicile,...)	Lieux	Heure	Fait

Contacts Ville

Votre infirmière coordinatrice territoriale RIFHOP

-  NORD / Tél : 06.18.64.42.27
-  EST / Tél : 06.29.85.05.60
-  SUD / Tél : 06.09.33.19.16
-  OUEST / Tél : 06.42.96.82.23.....
-  HAD / SSR / Tél : 06.35.07.28.09.....
-  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 2/2

C H S :

Médecin référent :

Assistante sociale :

C H P ou SSR :

Médecin référent :

Assistante 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

1/4

CHP:

IDEL :

SSR :

CHS:

HAD :

RIFHOP :

Diagnostic éducatif le :

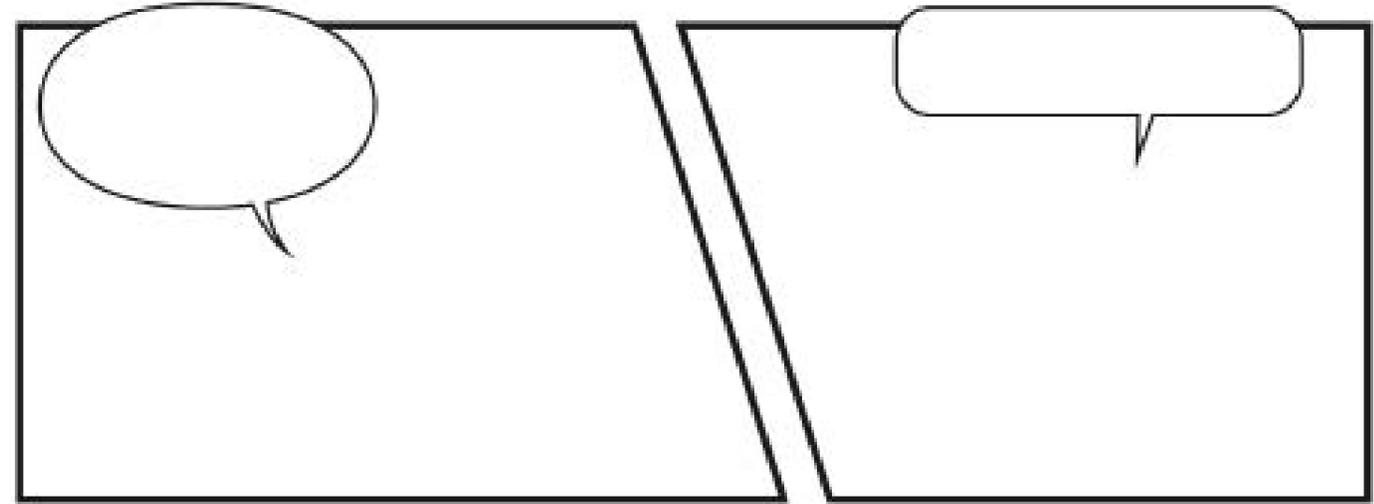
Dates : JJ / MM / AA				
Lieu				
Diagnostic				
Action éducative				
Atelier				
Documents associés				
À poursuivre				
Commentaires				

C'était comment ? 2/4

Ce que j'ai fait

Ce que j'en pense ?

ETP BD ©:..... 3/4



Étiquette patient

Éducation thérapeutique

Fiche de consentement

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

4/4

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 1^{ère} 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 : PI : 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

DOULEUR	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI
Date								
Type de prémédic° avant geste invasif :								
ATARAX	<input type="checkbox"/>							
HYPNOVEL IR	<input type="checkbox"/>							
NUBAIN	<input type="checkbox"/>							
MEOPA	<input type="checkbox"/>							
Autre (laquelle) :								

TRANSFUSIONS	Date :				
Seuil transfusionnel en Hb :
Seuil transfusionnel en Pla. :
PSL irradiés	<input type="checkbox"/>				
Précaution nécessaire < transfusion CPA					
Polaramine :
Corticoïdes :
CPA T. sol ou déplasmatisé :

ALLERGIES : laquelle ?	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI
Date								
Chimiothérapie	<input type="checkbox"/>							
Laquelle :
Antibiotique	<input type="checkbox"/>							
Lequel :
Médicament	<input type="checkbox"/>							
Lequel :
Pansement	<input type="checkbox"/>							
Lequel :
Emla	<input type="checkbox"/>							
Plaquettes	<input type="checkbox"/>							

INFECTIEUX	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI
Date								
Germe à prendre en compte en cas d'ATB	<input type="checkbox"/>							
Quel germe :
Site :
Date dernier prélèvement (+) :
Antibiothérapie empirique particulière	<input type="checkbox"/>							
Laquelle ? :

Mémo global 1^{ère} sortie

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

Référénts médicaux désignés
Contact coordinatrice Rifhop
Contact précoce

CHS CHP
 fait à faire
 CHP SSR HAD
 IDE libérale prestataire
 fait à faire

Médecin traitant identifié

2- Information aux parents et à l'enfant

Diagnostic donné et à qui :
PPS (projet personnalisé de soins) remis aux parents
Prochain rendez-vous

parents enfant
 OUI à venir
 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- Pédiopsychiatre 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

Liaison paramédicale

1/2

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	<input type="checkbox"/> bilan..... <input type="checkbox"/> chimio..... <input type="checkbox"/> aplasie..... <input type="checkbox"/> autre.....	<input type="checkbox"/> bilan..... <input type="checkbox"/> chimio..... <input type="checkbox"/> aplasie..... <input type="checkbox"/> autre.....
Résumé de l'hospitalisation		

Enfant douloureux	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
Type d'échelle : laquelle ?		
Technique en cours (per os, IV, patch...)		
PCA	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI

Nutrition : poids de sortie		
Sonde naso gastrique posée le : à changer le :	n°	n°
Régime alimentaire spécifique	<input type="checkbox"/> propre <input type="checkbox"/> sans sel <input type="checkbox"/> sans sucre <input type="checkbox"/> hypercalorique	<input type="checkbox"/> propre <input type="checkbox"/> sans sel <input type="checkbox"/> sans sucre <input type="checkbox"/> hypercalorique
Modalités spécifiques	<input type="checkbox"/> mixé <input type="checkbox"/> stomie	<input type="checkbox"/> mixé <input type="checkbox"/> stomie

Liaison paramédicale

2/2

Date

Étiquette patient

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

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

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					
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					
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					
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					
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

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 <small>Voire plus selon situation</small>		Auto évaluation > 6 ans <small>(à tenter à partir de 4 ans)</small> <small>Toujours à privilégier mais ne dispense pas de l'hétéroévaluation</small>	
	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 <small>(à tenter à partir de 4 ans)</small>			Échelle de Visages <small>(traduite en plusieurs langues)</small>	≥ 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 <small>(traduite dans plusieurs langues)</small>	≥ 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.

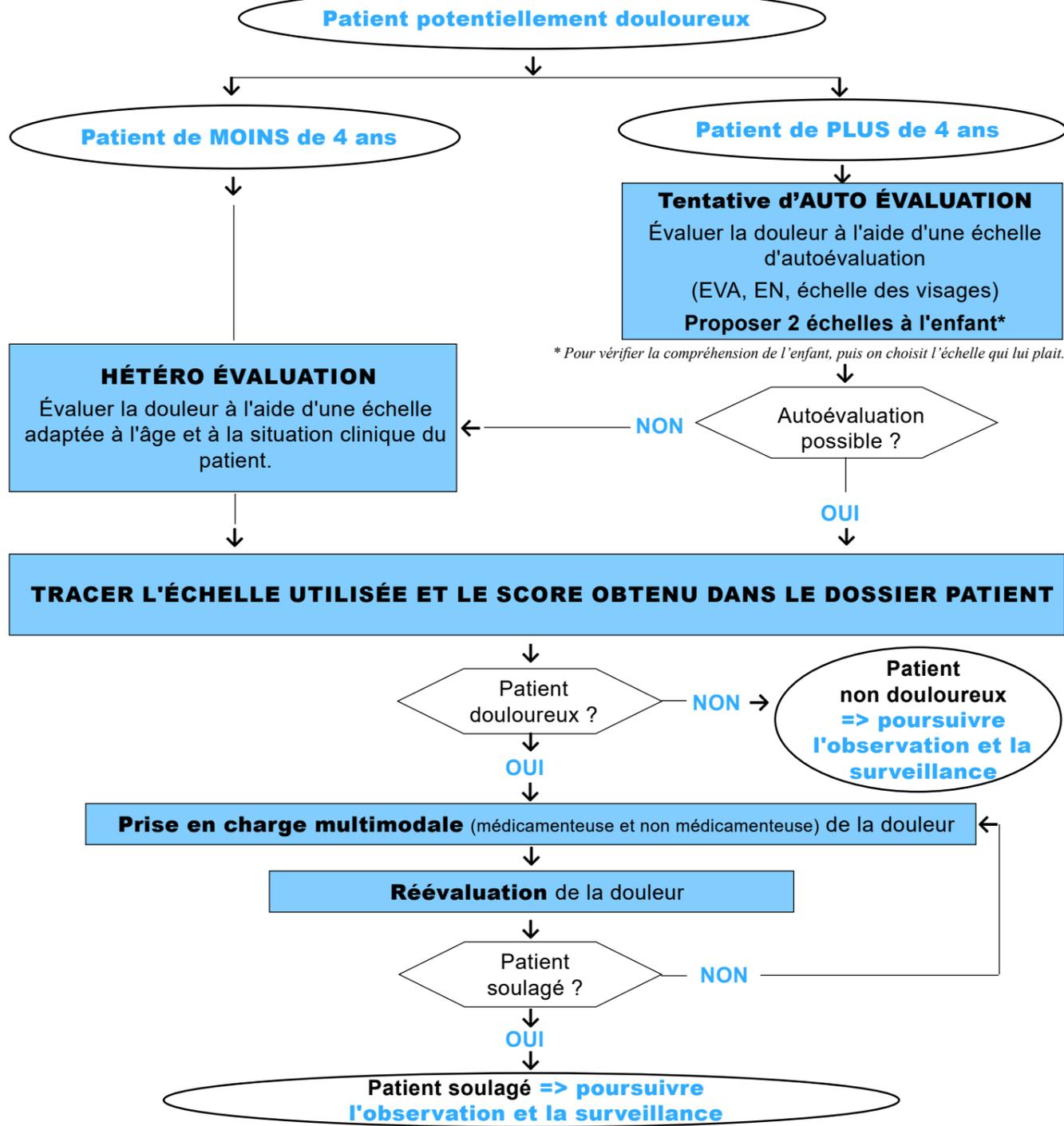
ÉVALUATION de la douleur

FICHE
SOIGNANTS

Patients traités en hématologie-oncologie pédiatrique



ARBRE DÉCISIONNEL



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 :	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							
	Techniques hypnoalgésie						
Traitements non médicamenteux	Relaxation						
	Avant						
	Pendant						
Comportement pendant les soins	Après						
	Avant						
Échelle utilisée et cotation	Pendant						
	Après						

Étiquette patient

Transmissions Douleurs

Date
&
heure

Transmissions
des médecins
& infirmières

Nom, fonction
structure

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 SAPAD	
SAPAD 75	Tél : 01 47 34 48 24
SAPAD 77	Tél : 06 13 67 53 73
SAPAD 78	Tél : 01 39 23 63 18
SAPAD 91	Tél : 01 69 47 84 47
SASPAD 92	Tél : 01 71 14 28 59
SAPAD 93	Tél : 01 43 93 74 28
SAPEMA 94	Tél : 01 42 07 80 02
APAD 95	Tél : 01 79 81 21 27

Liaison scolaire en primaire

École d'origine :

Classe :

Enseignants	Nom	Téléphone	Mail
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 :

Notions abordées	CHS	CHP ou SSR	Domicile
Français			
Maths			
Découverte			
Autres			

Étiquette patient

Coordinations SAPAD

SAPAD 75	Tél : 01 47 34 48 24
SAPAD 77	Tél : 06 13 67 53 73
SAPAD 78	Tél : 01 39 23 63 18
SAPAD 91	Tél : 01 69 47 84 47
SASPAD 92	Tél : 01 71 14 28 59
SAPAD 93	Tél : 01 43 93 74 28
SAPEMA 94	Tél : 01 42 07 80 02
APAD 95	Tél : 01 79 81 21 27

Liaison scolaire en secondaire

École d'origine :

Classe :

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

Évaluations nationales

OUI

NON

Niveau :

Projet d'orientation

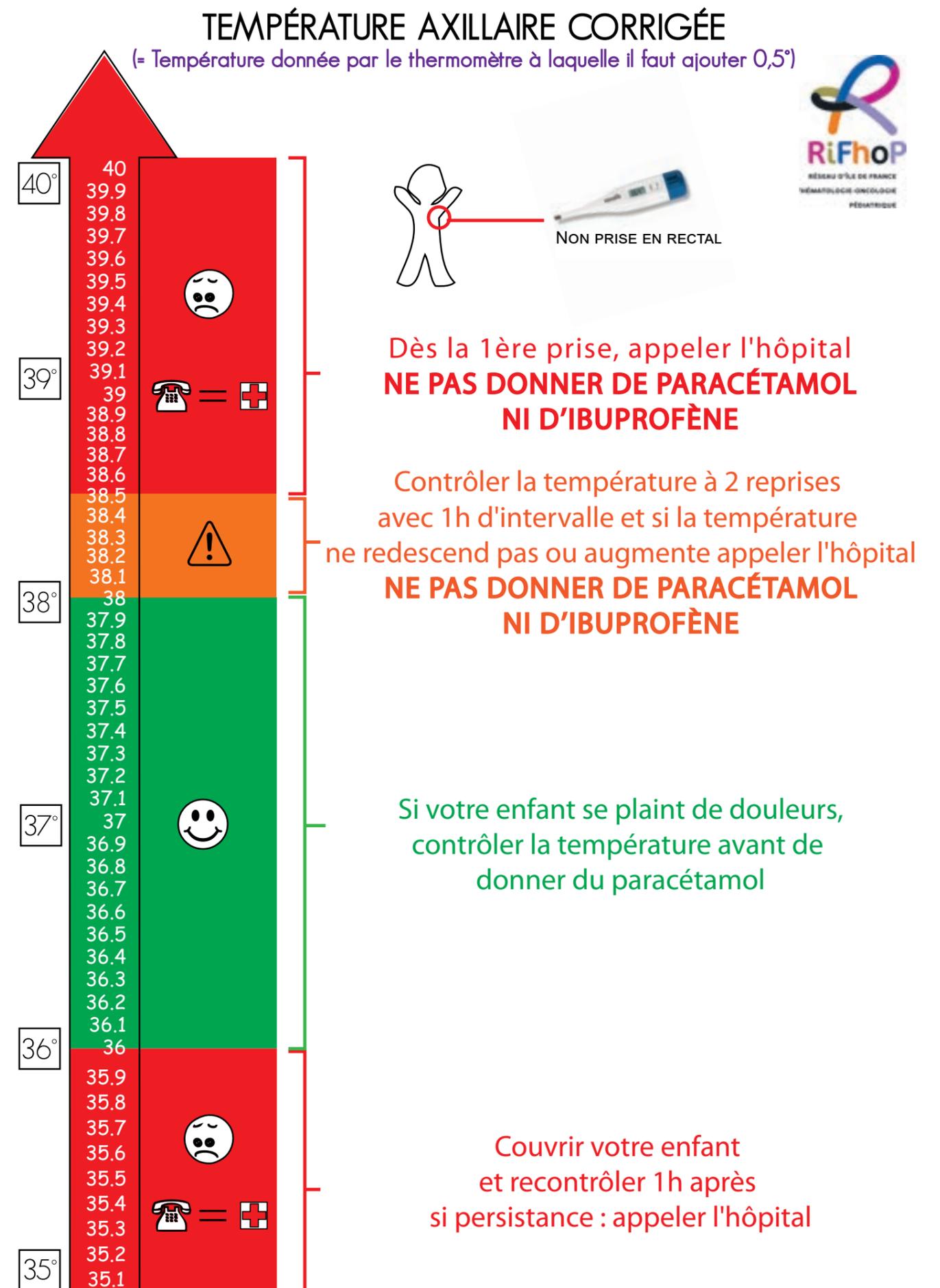
OUI

NON

Lequel :

Dossier MDPH :

Notions abordées	CHS	CHP ou SSR	Domicile
Français			
Maths			
Histoire Géographie			
SVT Physique			
Langues			



A- PRINCIPAUX EFFETS SECONDAIRES DES CHIMIOTHÉRAPIES

Les chimiothérapies agissent sur les cellules à reproduction rapide : les cellules malades, mais aussi les cellules sanguines et les cellules des muqueuses. Cela peut entraîner de manière générale les effets secondaires suivants :

1- L'APLASIE

L'aplasie correspond à la baisse des cellules sanguines (globules blancs, globules rouges, plaquettes) 7 à 12 jours après le premier jour (J1) de la cure. Ainsi, les prises de sang sont-elles importantes pour surveiller son apparition et son évolution (bilans sanguins 1 à 2 fois par semaine).

- **GLOBULES BLANCS (= LEUCOCYTES)**

Parmi ceux-ci, les Polynucléaires neutrophiles (PNN) sont les plus utiles contre les infections bactériennes. Un chiffre de **PNN inférieur à 500/mm³** signe une **neutropénie** et un risque infectieux élevé.

L'aplasie n'est pas toujours synonyme d'hospitalisation mais la fièvre avec une neutropénie (chiffre de PNN inférieur à 500/mm³) est une urgence thérapeutique qui doit vous conduire à emmener rapidement votre enfant à l'hôpital pour la mise en route des perfusions d'antibiotiques. Avant de partir pensez à : prévenir le service par téléphone, mettre de l'EMLA sur le PAC et prendre le classeur de liaison.

→ **SURVEILLER LA TEMPÉRATURE**

Lorsque les PNN sont descendus en dessous de 500/mm³, il est recommandé de surveiller la température 2 fois par jour. On utilise un thermomètre électronique placé sous le bras, dans le creux axillaire. Il faut rajouter 0,5°C pour avoir l'équivalent de la température corporelle. Ne pas prendre la température par voie rectale car vous risquez de provoquer une fissure anale ou un saignement.

→ **APPELER L'HÔPITAL SI :**

- La température est comprise entre 38 et 38,5°C deux fois à une heure d'intervalle (sans prise de Paracétamol entre les deux prises)
- La température est supérieure ou égale à 38,5°C d'emblée
- La température est inférieure à 36°C
- Votre enfant frissonne ou tremble

Penser à préciser au docteur si cette température a été prise alors que votre enfant reçoit des corticoïdes.

- **GLOBULES ROUGES (= HÉMATIES)**

Ils transportent l'oxygène dans l'organisme grâce à l'hémoglobine. Un chiffre d'**hémoglobine inférieur à 7- 8 g/dl** signe une **anémie** (pâleur, fatigue, essoufflement, coeur qui bat plus vite que d'habitude) et nécessite le plus souvent une transfusion de globules rouges.

- **PLAQUETTES**

Elles assurent la coagulation et la formation de croûte quand on se blesse. Un chiffre de **plaquettes inférieur à 20 000/mm³ (ou 50 000/mm³ selon la pathologie)** signe une **thrombopénie** (pouvant se manifester par des hématomes, de petites taches rouges sur la peau, des saignements) nécessitant souvent une transfusion de plaquettes.

→ **LES TRANSFUSIONS** se font en général en hôpital de jour sur le cathéter central dans l'hôpital de proximité.

Surveillance de votre enfant à la maison

Patients traités en hématologie-oncologie pédiatrique



2- LA MUCITE

C'est une atteinte des muqueuses digestives pouvant aller de la bouche jusqu'à l'anus. Elle peut se traduire par : bouche plus rouge que d'habitude, empreinte des dents sur le pourtour de la langue, gencives gonflées, enduits blanchâtres dans la bouche, aphtes douloureux, hypersalivation puis sécheresse de la bouche, difficultés à manger ou avaler sa salive, et rougeurs ou fissure autour de l'anus (anite).

Augmenter la fréquence des bains de bouche (voir la fiche Bain de bouche). Les mucites importantes peuvent être très douloureuses et nécessiter une prise en charge nutritionnelle et des antalgiques de type morphinique.

3- AUTRES SYMPTÔMES POSSIBLES

Constipation ou diarrhée, nausées et vomissements, douleurs, éruption cutanée ou tout autre signe qui vous inquiète.

→ **DEVANT L'UN DE CES SYMPTÔMES**, vous devez téléphoner rapidement au médecin de votre hôpital de proximité ou de votre centre spécialisé. Les numéros de téléphone des services de pédiatrie, ainsi que les circuits d'accueil, jour et nuit sont inscrits dans les premières pages du classeur de liaison Rifhop.

→ **VOMISSEMENTS** : pensez à vous procurer les médicaments avant la sortie de votre enfant et à les lui donner régulièrement comme indiqué sur l'ordonnance de sortie. Les vomissements sont plus faciles à prévenir qu'à traiter une fois que l'enfant a commencé à vomir.

B- LA VOIE VEINEUSE CENTRALE

1- SURVEILLANCE LA PREMIÈRE SEMAINE

- Une douleur locale modérée à l'endroit du cathéter et dans le bras, ainsi qu'un hématome local, sont considérés comme normaux pendant les premiers jours suivant la pose : donner les médicaments qui ont été prescrits.
- Présence de fils ou de colle : les fils se résorbent normalement en 3 semaines mais peuvent être retirés par une infirmière en cas d'inflammation. La colle se résorbe seule en une dizaine de jours.

2- SURVEILLANCE TOUS LES JOURS

- Si PAC (ou chambre implantable) : une douche est possible dès que la cicatrice est bien fermée.
- Si cathéter à émergence cutanée : ne pas mouiller le pansement. Vérifiez que le pansement soit bien collé et que la peau en regard ne soit pas abîmée. Sinon, le faire refaire par une infirmière.
- Si un de ces signes apparaît : fièvre, rougeur, gonflement local, chaleur, douleur locale et du bras, démangeaisons, présence de pus, odeur, il peut signifier une infection de la voie veineuse centrale. Prévenez rapidement votre médecin.
- La présence d'une croûte n'est pas inquiétante.

3- PRÉCAUTIONS

- Se laver les mains avant de les approcher du cathéter (toilette, change, consolidation du pansement) : ceci est valable pour l'enfant, sa famille ou les professionnels.
- Avant toute prise de sang sur PAC, utilisation d'une crème anesthésiante type EMLA® (crème ou patch) à poser 1 à 2 heures avant la pose de l'aiguille.

Vomissements lors de la prise d'un traitement oral

Patients traités en 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®, NAVALBINE®, METHOTREXATE, GLIVEC®, ETC...	<ul style="list-style-type: none"> • Ne pas reprendre le médicament • Attendre la prise suivante et ne jamais la doubler • CONTACTER LE MEDECIN
CORTICOÏDES		<ul style="list-style-type: none"> • 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®	<ul style="list-style-type: none"> • 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

Vomissements lors de la prise d'un traitement oral

Patients traités en hématologie-oncologie pédiatrique



TRAITEMENT ASSOCIÉ

SPÉCIALITÉS		RECOMMANDATIONS
ANTIÉMÉTIQUES	KYTRIL®, ZOPHREN® (hors forme lyoc)	<ul style="list-style-type: none"> 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®	<ul style="list-style-type: none"> 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®	<ul style="list-style-type: none"> Ne pas reprendre le médicament Attendre la prise suivante et ne jamais la doubler
ANXIOLYTIQUES	ATARAX®	<ul style="list-style-type: none"> 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		<ul style="list-style-type: none"> 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.

Soins
bucco dentairesFICHE
PARENTS

Patients traités en 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 gencives 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

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

Brossages : 2 par jour

Durée : 1 à 2 mn

Bien rincer la brosse

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

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

1 / mois

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 1/2 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).
- Recrachter 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.

A - INTRODUCTION Cette fiche s'adresse aux infirmiers du domicile et à l'entourage de l'enfant.

- **LES DÉCHETS SPÉCIFIQUES À L'ENFANT SOIGNÉ À DOMICILE SONT DE DEUX CATÉGORIES :**

1. Ceux qui sont assimilés à des déchets ménagers : **DAOM** (Déchets Assimilés aux Ordures Ménagères)
2. Ceux qui doivent suivre une filière spéciale pour traitement spécifique : **DASRI** (Déchets d'Activités de Soins à Risque Infectieux).

- **LES CONTENANTS POUR DÉCHETS SONT DE DEUX CATÉGORIES :**

1. Les sacs poubelles du commerce (souvent noirs) : ils sont évacués par les parents dans le circuit de ramassage des déchets de leur commune : **DAOM**
2. Les collecteurs livrés au domicile par les prestataires. Mous ou rigides (sacs ou boîtes), ces derniers sont toujours de couleur jaune. Ils sont redonnés au prestataire qui se charge lui-même du traitement spécifique de leur contenu : **DASRI**

B - FILIÈRE D.A.O.M : DÉCHETS ASSIMILÉS AUX ORDURES MÉNAGÈRES

Alèse non souillée ou souillée (urines, selles), y compris pour patient porteur de BMR

Bande extensible non souillée

Bandelette urinaire

Bâtonnet soin de bouche

Blister médicaments (hors chimio)

Canule de trachéotomie à UU

Carré de toilette

Cassette de pompe (hors antibiothérapie)

Change complet bébé et adulte

(BMR compris ou en cas de diarrhée infectieuse)

Champ opératoire

Compresse non souillée de sang ou de pus

Crachoir à usage unique

Diffuseur portable pour perfusion

(hors chimiothérapie et antibiotique)

Emballages de dispositifs médicaux et de médicaments

Étui pénien + poche vidangée

Filet tubulaire

Filtre de respirateur

Fosset

Flacon plastique (antiseptique) vide

Flacons en verre (sauf chimiothérapie et antibiotique)

Gants de toilette à UU

Haricot à UU

Ligne de perfusion médicamenteuse (hors chimiothérapie et antibiotique)

Lunette d'oxygénothérapie

Masque d'aérosol et d'oxygénothérapie

Poche + tubulure montée d'alimentation entérale

Poche + perfuseur monté d'alimentation parentérale

Poche de stomie urinaire ou digestive

Poche de drainage (drain pleural, hépatique, biliaire)

Protection périodique

Seringue (hors antibiotique)

Slip à UU

Sonde à oxygène

Sonde d'aspiration

Sonde urinaire + poche vidangée

Tuyaux de respirateur

Tuyaux d'appareil d'aspiration bronchique

Tenue du soignant : Charlotte, Gants non stériles à usage unique (vinyl) et gants stériles (latex), masque, surblouse, tablier

Tous ces déchets sont évacués dans des sacs poubelles du commerce

NB : MAIS tout matériel contenant ou ayant été au contact d'antibiotiques ou de chimiothérapie sera éliminé dans la filière **DASRI** : Voir au verso →

Élimination des déchets d'activité de soins au domicile

Patients traités en hématologie-oncologie pédiatrique



C - FILIÈRE D.A.S.R.I : DÉCHETS D'ACTIVITÉ DE SOINS À RISQUES INFECTIEUX

DÉCHETS SOLIDES OU SEMI LIQUIDES

Bande extensible souillée
Cassette de pompe (antibiotique)
Chimio : dispositif médical souillé de médicament anticancéreux et tubulure de chimiothérapie + poche administrée
Collecteurs d'objet piquant coupant tranchant (OPCT)
Compresse souillée de sang ou pus
Diffuseur portable pour perfusion (antibiothérapie ou chimio)
Flacon d'antibiotique
Pansements souillés (sale ou sanglant)
Pansement à pression négative (mousse, drain, réservoir)
Poche de perfusion d'antibiotique
Réservoir de drain d'aspiration (Redon)
Seringue non sertie (antibiothérapie)
Ligne de perfusion d'antibiotique ou de chimiothérapie

FÛTS ET SACS EN PLASTIQUE JAUNE

GRANDE CONTENANCE :
DE 20 À 50 LITRES



OBJETS PIQUANTS COUPANTS TRANCHANTS : OPCT

Agrafes cutanées
Aiguille (sécurisée et non sécurisée) ± petit prolongateur
Ampoule opioïde
Ampoule cassée et autre petite verrerie
Bistouri, Ciseaux, Curette
Blister chimiothérapie
Cathéter périphérique
Flacon vide de médicament anticancéreux + filtre de transfert
Lancette de stylo auto piqueur
Mandrin de KT périphérique
Micro perfuseur
Pince ôte agrafes
Seringue sertie (sécurisée ou non sécurisée)

COLLECTEUR RIGIDE JAUNE

PETITE CONTENANCE :
DE 1 À 2 LITRES



NB : Ces conteneurs jaunes sont fournis par le prestataire qui livre le matériel au domicile. Il est toujours possible de réajuster avec lui leur contenance. La durée de leur entreposage est limitée à 15 jours.



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.

Bilans sanguins

& Suivi des Numérations Formules Sanguines

Comptes-rendus

Ordonnances

Autres...

Suivi des NFS

Date				
GB				
PNL				
Hémoglobine				
Plaquettes				

Date				
GB				
PNL				
Hémoglobine				
Plaquettes				

Date				
GB				
PNL				
Hémoglobine				
Plaquettes				

Date				
GB				
PNL				
Hémoglobine				
Plaquettes				

Date				
GB				
PNL				
Hémoglobine				
Plaquettes				

Date				
GB				
PNL				
Hémoglobine				
Plaquettes				

Date				
GB				
PNL				
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

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).....

Mère et/ou Père ou 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 àle

Signature du Parent 1:
(ou représentant légal)

Signature du Parent 2
(ou représentant légal) :

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).....

Mère et/ou Père ou 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 àle

Signature du Parent 1:
(ou représentant légal)

Signature du Parent 2
(ou représentant légal) :

