

## SUIVI D'UN TRAITEMENT PAR PSYCHOTROPE CHEZ L'ENFANT

|                     |                       |
|---------------------|-----------------------|
| Nom :               | Psychiatre référent : |
| Prénom :            | Infirmier référent :  |
| Date de naissance : | Médecin traitant :    |
| Psychotrope :       | Date d'initiation :   |

|   |        |                                      |        |        |
|---|--------|--------------------------------------|--------|--------|
| <b>TRANSMISSION <u>SUIVI INFIRMIER</u> : TOUT PSYCHOTROPE</b> |        | <b>A 1 mois puis tous les 3 mois</b> |        |        |
| <i>👉 Date et repérage anomalie</i>                            |        | <i>ou Rythme spécifique :</i>        |        |        |
|   | Date : | Date :                               | Date : | Date : |
| Courbe Poids / Taille   |        |                                      |        |        |
| Tension artérielle<br>Fréquence cardiaque                     |        |                                      |        |        |
| Transit   |        |                                      |        |        |
| Appétit   |        |                                      |        |        |

|   |        |                                      |        |        |
|---|--------|--------------------------------------|--------|--------|
| <b>TRANSMISSION <u>SUIVI INFIRMIER</u> : TOUT PSYCHOTROPE</b> |        | <b>A 1 mois puis tous les 3 mois</b> |        |        |
| <i>👉 Date et repérage anomalie</i>                            |        | <i>ou Rythme spécifique :</i>        |        |        |
|   | Date : | Date :                               | Date : | Date : |
| Courbe Poids / Taille   |        |                                      |        |        |
| Tension artérielle<br>Fréquence cardiaque                     |        |                                      |        |        |
| Transit   |        |                                      |        |        |
| Appétit   |        |                                      |        |        |

|   |        |                                      |        |        |
|---|--------|--------------------------------------|--------|--------|
| <b>TRANSMISSION <u>SUIVI INFIRMIER</u> : TOUT PSYCHOTROPE</b> |        | <b>A 1 mois puis tous les 3 mois</b> |        |        |
| <i>👉 Date et repérage anomalie</i>                            |        | <i>ou Rythme spécifique :</i>        |        |        |
|   | Date : | Date :                               | Date : | Date : |
| Courbe Poids / Taille   |        |                                      |        |        |
| Tension artérielle<br>Fréquence cardiaque                     |        |                                      |        |        |
| Transit   |        |                                      |        |        |
| Appétit   |        |                                      |        |        |

|   |  |                               |  |
|---|--|-------------------------------|--|
| <b>SUIVI <u>ECG</u> : TOUT PSYCHOTROPE <i>sauf mélatonine</i></b> |  | <b>Tous les ans</b>           |  |
|   |  | <i>ou Rythme spécifique :</i> |  |
| Date de prescription :  |  |                               |  |
| Date de vérification et repérage anomalie                         |  |                               |  |

|   |  |                               |  |
|---|--|-------------------------------|--|
| <b>SUIVI <u>BIOLOGIQUE POUR NEUROLEPTIQUE et méthylphenidate</u></b><br><b>(cf bilan préalable complet)</b> |  | <b>Tous les ans</b>           |  |
|   |  | <i>ou Rythme spécifique :</i> |  |
| Date de prescription :  |  |                               |  |
| Date de vérification et repérage anomalie   |  |                               |  |

|  |  |                               |  |
|--|--|-------------------------------|--|
| <b>SUIVI <u>BIOLOGIQUE POUR ANTIDEPRESSEUR</u></b><br><b>(ionogramme, créatinine sérique, bilan hépatique)</b> |  | <b>Tous les ans</b>           |  |
|  |  | <i>ou Rythme spécifique :</i> |  |
| Date de prescription :   |  |                               |  |
| Date de vérification et repérage anomalie  |  |                               |  |

|   |
|---|
| <b>REFLEXION BENEFICE / RISQUE (efficacité / tolérance) [dater et signer]</b> |
|   |