

Fiche de consentement éclairé

(à compléter par le repérant, le cas échéant par le Médecin évaluateur avant l'inclusion)

En quoi consiste le dispositif ?

Ecoute'Emoi propose un parcours coordonné d'information, de prise en charge et d'accompagnement de l'enfant ou de l'adolescent âgé de 6 à 21 ans en situation de souffrance psychique.

Ceci est un dispositif expérimental sur le département. Après adhésion, il est important de suivre le parcours jusqu'à l'évaluation finale, pour que cette possibilité de consultation gratuite puisse s'étendre à tous les jeunes de France.

Le parcours du bénéficiaire se déroule selon les étapes suivantes :

- **information sur la santé mentale** dans les lieux de vie des bénéficiaires ;
- **repérage des enfants/adolescents** par les différents acteurs en contact avec ce public (proches, professionnels de l'éducation nationale, professionnels de santé, éducateurs et travailleurs sociaux, etc.) et orientation vers un médecin évaluateur
- **évaluation de la situation globale** de l'enfant/de l'adolescent par les médecins évaluateurs du département
- **orientation et prise en charge**
 - En cas de mal-être ou de souffrance psychique, le médecin évaluateur prescrit jusqu'à **12 consultations auprès d'un psychologue libéral partenaire**. Le consentement ci-dessous inclut les consultations du médecin et du psychologue prenant en charge l'enfant/le jeune et/ou les Titulaires de l'Autorité Parentale (TAP). **Pour les mineurs, l'accord des TAP est indispensable.**
 - En cas de situation complexe, d'une nécessité d'évaluation complémentaire ou pour une prise en charge spécialisée, le jeune/l'enfant est adressé par le médecin évaluateur vers **la psychologue coordinatrice du dispositif, les psychiatres ou les urgences si nécessaire.**
- **évaluation finale par le médecin évaluateur au terme des 12 consultations auprès du psychologue**

Consentement libre et éclairé

Nom et prénom de l'enfant :

En tant que professionnel et/ou parent, je m'assure, à la suite d'explications claires et appropriées, que l'enfant a bien compris les raisons de l'orientation et les différentes étapes tout au long du parcours.

Pour les mineurs : Dans le cadre du partage d'informations entre professionnels, j'accepte que celles-ci soient échangées entre les professionnels partenaires du dispositif. J'accepte que mon enfant participe au dispositif. Mon enfant s'engage à respecter le parcours de soins proposé par les différents professionnels.

Date :	Signatures des représentants légaux :
--------	--

