

Plateforme de Coordination et d'Orientation TND

64



Questionnaire Médical

Nom : Prénom :
 Date de naissance : Age :

Parent 1	Parent 2
Nom : <input type="text"/>	Nom : <input type="text"/>
Prénom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>
Date de naissance : <input type="text"/>	Date de naissance : <input type="text"/>
Profession : <input type="text"/>	Profession : <input type="text"/>

Mode de garde :

Scolarité : (classe / école)

Présence d'une aide humaine : OUI NON Nombre d'heures ?

L'enfant a-t-il déjà redoublé ? OUI NON Quelle classe ?

	Antécédents médicaux, chirurgicaux, obstétricaux ?	Antécédents psychiatriques, neuro – développementaux ?	Antécédents familiaux ?
Père	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mère	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fratrie	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Antécédents Personnel

Grossesse

Grossesse à risque / complication : OUI NON

Si oui, précisez : (PMA ? Grossesse multiple ? Infection anténatale ?)

Prise de médicament durant la grossesse : OUI NON

Si oui, précisez :

Prise de toxiques durant la grossesse : OUI NON

Si oui, précisez (tabac ? alcool ? drogue ?...):

Naissance

Age gestationnel : SA

Accouchement : voie basse non instrumentale césarienne programmée
 extraction voie basse instrumentale césarienne en urgence

En cas de césarienne, précisez la cause :

L'état de l'enfant a-t-il nécessité des gestes techniques spécialisés ? OUI NON

Si oui, précisez :

Poids : Taille : PC :

Apgar à 1 minute : Apgar à 5 minutes :

Antécédents médicaux, chirurgicaux personnels :

Problème ORL : OUI NON

Si oui, précisez (otites à répétition, pose d'ATT, amygdalectomie, adénoïdectomie... ?) :

Un audiogramme a-t-il été effectué ? OUI NON Si oui, précisez avec qui, date et résultat :

Problème Visuel : OUI NON Si oui, précisez :

Un bilan ophtalmologique a-t-il été effectué ? OUI NON
Si oui, précisez avec qui, date et résultat :

Un bilan orthoptique a-t-il été effectué ? OUI NON
Si oui, précisez avec qui, date et résultat :

Problème moteur : OUI NON Si oui, précisez :

L'enfant a-t-il effectué de la rééducation en kinésithérapie ? OUI NON
Si oui, précisez avec qui et durée :

Autres antécédents médicaux / hospitalisations ? OUI NON Si oui, précisez :

Antécédents chirurgicaux ? OUI NON Si oui, précisez :

Allergies ? OUI NON NON CONNU Si oui précisez :

L'enfant a-t-il déjà réalisé un bilan ou un suivi en :

Orthophonie

Si oui, précisez le motif, avec qui et durée : (Merci de joindre le CR)

Psychomotricité

Si oui, précisez le motif, avec qui et durée : (Merci de joindre le CR)

Ergothérapie

Si oui, précisez le motif, avec qui et durée : (Merci de joindre le CR)

Psychologue

Si oui, précisez le motif, avec qui et durée : (Merci de joindre le CR)

Autres (CAMSP, CMPEA, Pédopsychiatre?)

Si oui, précisez le motif, avec qui et durée : (Merci de joindre le CR)

Examen Somatique

Taille : Poids : IMC :

Troubles du sommeil ? OUI NON

Si oui, précisez (*endormissement tardif ? sommeil agité ? Réveil nocturne ? Hypersomnie ?...*)

Troubles de l'alimentation ? OUI NON

Si oui, précisez (*Difficulté à l'allaitement ? Succion ? Morceaux ? Textures ? Hyper sélectivité ? ...*) :

Particularités morphologiques / cutanées ? OUI NON

Si oui, précisez [*CRANE (microcéphalie, macrocéphalie, anomalie de forme) VISAGE, MEMBRES, RACHIS (Anomalie de la statique vertébrale (scoliose, cyphose, hyperlordose, etc...), Signes de dysgraphie (touffe de poils, fossette sacro coccygienne, etc....)), LIGNE MEDIANE (luette bifide, hernie ombilicale, etc....)/ Anomalie de pigmentation et /ou d'élasticité, taches café au lait, taches achromiques, lentigines, neurofibromes, ...*]

Une consultation neuropédiatrique a-t-elle été réalisée ? OUI NON

Si oui, merci de joindre le CR

Éléments de développement

Station assise : OUI NON Âge d'acquisition :

Marche aqise : OUI NON Âge d'acquisition :

Propreté diurne : OUI NON Âge d'acquisition :

Propreté nocturne : OUI NON Âge d'acquisition :

Langage : Âge 1er mots : Âge 1ère phrases :

MDPH

Notification MDPH : Oui Non

Demande en cours : précisez la date d'envoi du dossier :

Si oui ou en cours, précisez la nature de la demande :

AEEH et complément PCH Autres

Autres appréciations

Autres éléments qu'il vous semble nécessaire de porter à notre information ?

La famille vous a donné son accord pour que ces informations soient transmises à la plateforme.

Date :

Signature et Tampon du médecin :

Formulaire d'adressage aux Plateformes de Coordination et d'Orientation TND 64

Identification de l'enfant (issue du support de droits à l'assurance maladie) :

Nom / prénom de l'enfant :

Rang de naissance de l'enfant :

Numéro immatriculation + clé de l'enfant (si disponible) :

Identification de l'assuré (issue du support de droits à l'assurance maladie) :

Nom / prénom de l'assuré :

Numéro immatriculation + clé de l'assuré :

Organisme d'assurance maladie (issu du support de droits ou joindre copie de l'attestation) :

Code régime : Code caisse gestionnaire : Code centre gestionnaire :

Raison sociale :

Adresse postale :

Coordonnées du représentant légal de l'enfant :

Nom / prénom :

Numéro de téléphone :

Mail de contact :

Adresse postale :

Adressage :

« Je propose un parcours de bilan et/ou d'interventions précoces à adapter en fonction des capacités de l'enfant à prendre en charge par la plateforme de coordination et d'orientation des parcours de bilan et intervention précoce »

Coordonnées du médecin adresseur :

NOM Prénom :

Numéro de téléphone :

Mail :

Adresse postale :

Signaux d'alerte :

(Préciser : mode de recueil de l'information, tests ou grilles utilisées si différents de la grille stratégie nationale autisme/TND)

Grille de repérage renseignées en annexe : Oui Non

Date

Tampon du médecin (avec numéro RPPS) ou numéro FINESS établissement

Préconisations :

Professions conventionnées (coordination par la plateforme)	Professions non conventionnées (bénéficiant du forfait bilan intervention précoce via la plateforme)
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Kinésithérapie<input type="checkbox"/> Ophtalmologie<input type="checkbox"/> ORL<input type="checkbox"/> Orthophonie<input type="checkbox"/> Orthoptie<input type="checkbox"/> Autres, préciser : <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Ergothérapie (évaluation et interventions si nécessaires)<input type="checkbox"/> Psychomotricité (bilan et interventions si nécessaires)<input type="checkbox"/> Psychologie (évaluation qualitative et quantitative des compétences développementales, avec si nécessaire tests neuropsychologiques)

Commentaires :

(Préciser le cas échéant : antécédents, environnement psychosocial, bilans antérieurs ...)

Avec l'accord du représentant légal de l'enfant, ce document est remis au représentant à la plateforme. Un double lui est remis le :

Envoyez ce document par mail , rempli et signé à l'antenne du PCO TND 64
antennecotebasque@pco-tnd64.fr
antennebearn@pco-tnd64.fr

Validation par le médecin de la plateforme de coordination des parcours de bilan et intervention précoce

Date, lieu et signature du médecin de la plateforme :

Le A

Remise au représentant légal de l'enfant des documents suivants :

- ✓ Liste des ergothérapeutes libéraux ayant contractualisé avec la plateforme
- ✓ Liste des psychomotriciens libéraux ayant contractualisé avec la plateforme
- ✓ Liste des psychologues libéraux ayant contractualisé avec la plateforme
- ✓ Autres listes de professionnels de santé conventionnés ayant contractualisé avec la plateforme (orthophoniste, orthoptistes, kiné, etc.)

(Pour rdv dans les 3 mois maximum)

Rdv pour consultation au sein de la plateforme (le cas échéant)

Nom : <input type="text"/>	Nom : <input type="text"/>	Nom : <input type="text"/>
Profession : <input type="text"/>	Profession : <input type="text"/>	Profession : <input type="text"/>
Date : <input type="text"/>	Date : <input type="text"/>	Date : <input type="text"/>
Heure : <input type="text"/>	Heure : <input type="text"/>	Heure : <input type="text"/>
Adresse : <input type="text"/>	Adresse : <input type="text"/>	Adresse : <input type="text"/>

Rdv réunion de synthèse (dans 6 mois maximum) :