



Questionnaire Médical

(À remplir par le médecin)

Nom :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>
Date de naissance :	<input type="text"/>	Âge :	<input type="text"/>
Sexe :	<input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Masculin	

- 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 ?
Parent 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Parent 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fratrie	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Antécédents Personnels

Grossesse :

Grossesse à risque / complications : OUI NON

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

Prise de médicaments durant la grossesse : OUI NON

Si oui, précisez :

Prise de toxiques durant la grossesse : OUI NON

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

Naissance :

Âge gestationnel : SA

Accouchement : voie basse non instrumentale

voie basse instrumentale

césarienne programmée

césarienne programmée

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 la durée :

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

- Antécédents chirurgicaux ? OUI NON *Si oui, précisez :*

- Allergies ? OUI NON *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)**

Autre (CAMSP, CMPEA, Pédiopsychiatre ?)

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 NO

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 NO **Merci de joindre le CR**

Station assise : OUI NO

Âge d'acquisition :

Marche acquise : OUI NO

Âge d'acquisition :

Propreté diurne : OUI NO

Âge d'acquisition :

Propreté nocturne : OUI NO

Âge d'acquisition :

Langage : Âge 1ers mots :

Âge 1ères phrases :

MDPH

Notification MDPH : OUI NON Demande en cours

➤ *Si la demande est en cours, précisez **la date de dépôt du dossier** :*

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

AEEH et complém. PCH Autres

Autres appréciations

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

Pour permettre aux professionnels de santé d'échanger les informations et documents nécessaires à la coordination des soins, la famille donne son accord pour que les informations relatives au suivi de leur enfant puissent être partagées entre le médecin adresseur et les professionnels de la PCO.

Aucune information recueillie au sein de la PCO ne pourra être utilisée en dehors des objectifs spécifiques de la plateforme, qu'il s'agisse des données médicales ou personnelles.

Cocher la case si la famille est opposée à cet échange d'informations/documents

Date :

Signature et tampon du médecin :

Formulaire d'adressage

◆ 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/des représentants légal(aux) de l'enfant :

Situation parentale : En couple Séparé(e)/Divorc(é)

Quels sont les détenteurs de l'autorité parentale ? :

Conjointe (parent 1 et 2) Parent 1 (uniquement) Parent 2 (uniquement)

Autres :

Parent 1 :

Nom/prénom :

Date de naissance :

Profession :

Numéro de téléphone :

Mail de contact :

Adresse postale :

Parent 2 :

Nom/prénom :

Date de naissance :

Profession :

Numéro de téléphone :

Mail de contact (*si différente du parent 1*) :

Adresse postale (*si différente du parent 1*) :

◆ **Coordonnées du médecin adresseur :**

Nom/Prénom :

Numéro de téléphone :

Mail :

Adresse postale :

◆ **Signaux d'alerte/Commentaires :**

(**Précisez** : mode de recueil de l'information, tests ou grilles utilisées si différents de la grille stratégie nationale autisme/TND - antécédents, environnement psychosocial, bilans antérieurs ...)

◆ **Date :**

◆ **Tampon du médecin (avec numéro RPPS) ou numéro FINESS**
établissement :

Dr , médecin de l'enfant ,

qui l'adresse à la plateforme en vue du déclenchement du forfait d'interventions précoces :

◆ **Préconisations :**

Professions conventionnées <i>(prescription par le médecin adresseur et référent du parcours de l'enfant)</i>	Professions non conventionnées <i>(bénéficiant du forfait bilan intervention précoce via la plateforme)</i>
<input type="checkbox"/> Kinésithérapie <input type="checkbox"/> Ophtalmologie <input type="checkbox"/> ORL <input type="checkbox"/> Orthophonie <input type="checkbox"/> Orthoptie <input type="checkbox"/> Autres (précisez) : <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>	<input type="checkbox"/> Ergothérapie - (évaluation et interventions si nécessaires) <input type="checkbox"/> Psychomotricité - (bilan et interventions si nécessaires) Psychologie - (évaluation qualitative et quantitative des compétences développementales, avec si nécessaire tests neuropsychologiques) <input type="checkbox"/>

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

Date :

Envoyez ce document par mail , rempli et signé à la **PCO TND 64** ainsi que la grille de repérage TND (disponible sur : <https://pco-tnd64.fr/index.php/documents-a-telecharger>) selon l'antenne à laquelle vous adressez la demande :

Pour l'antenne côte basque : antennecotebasque@pco-tnd64.fr

Pour l'antenne Béarn : antennebearn@pco-tnd64.fr