

DOSSIER COMPLEMENTAIRE MEDICAL

Vous allez solliciter la Plateforme de Coordination et d'Orientation des Troubles du Neuro-développement (PCO TND 34) pour un enfant. Vous avez complété le questionnaire d'adressage. Afin de répondre au mieux à l'orientation de l'enfant, nous vous demandons de remplir le questionnaire suivant.

1. Volet administratif

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

(jour) (mois) (année)

Date de réponse :

(jour) (mois) (année)

2. Antécédents familiaux

Antécédents médicaux (Troubles du NeuroDéveloppement, problématique somatique...)	Lesquels
Père : Oui Non	
Mère : Oui Non	
Fratric : Oui Non	

3. Anamnèse de l'enfant

Grossesse et accouchement	
Accouchement	Voie basse Césarienne
Le bébé a-t-il eu besoin de réanimation ?	Oui Non
Score APGAR?	
A 1 minute	
A 5 minutes	

A 10 minutes	
Poids de naissance	gr
Périmètre crânien	cm
Taille à la naissance	cm

Alimentation	
Allaitement maternel	Oui Non
Difficultés autour de l'alimentation :	Oui Non Si oui, lesquelles ?
Sommeil	
Troubles du sommeil	Oui Non
Premières acquisitions	
Age d'acquisition de la marche	
Age d'acquisition des premiers mots	
Age d'acquisition des premières phrases	

Antécédents médicaux personnels (opération, problème de santé...)	Oui Non
Si oui lesquels :	
Traitement médicamenteux chronique en cours	Oui Non
Si oui le(s)quel(s) :	

4. Bilans et suivis actuels

L'enfant a-t-il été reçu par l'un des professionnels de santé suivants		
ORL	Oui	Non
Ophtalmologique	Oui	Non
Dentaire	Oui	Non
Kinésithérapeutique	Oui	Non
Orthophonique	Oui	Non
Neuropédiatrique	Oui	Non
Génétique	Oui	Non
Autres précisez :	Oui	Non

L'enfant est-il suivi régulièrement par des professionnels (ex : orthophoniste, psychomotricien, psychologue, ergothérapeute, neuropédiatre, généticien...) ? si oui veuillez indiquer les noms des intervenants et leurs coordonnées :

Nom	Spécialité	Coordonnées (mail et téléphone)	Fréquence	Depuis quand

5. Garde, scolarisation

Mode de garde		
Crèche	Oui	Non
Halte-garderie	Oui	Non
Assistante maternelle	Oui	Non
Scolarisation		
Classe	Classe :	
Difficultés scolaires	Oui	Non
Au niveau du comportement	Oui	Non
Au niveau de l'attention	Oui	Non
Au niveau des préapprentissage scolaires	Oui	Non
Si ou lesquels ?		

6. Langage/communication

Parle-t-il fort ou faut-il répéter ?	Oui	Non
Se retourne-t-il à l'appel de son prénom ?	Oui	Non
A-t-il (ou a-t-il eu) des difficultés pour s'exprimer ?	Oui	Non
Comprend-il les consignes orales (quand vous lui parlez) ?		
Peut-il associer 2 mots « papa pati », « veux gato », « pas dodo » ?	Oui	Non
Peut-il faire des petites phrases ?	Oui	Non
Peut-il s'intéresser à ce que vous lui montrez ?	Oui	Non
Peut-il pointer du doigt pour montrer quelque chose ?	Oui	Non
Peut-il faire des jeux de faire semblant : jouer à la dinette, à bricoler ?	Oui	Non
Vous paraît-il avoir le sens de l'humour comme des enfants de son âge ?	Oui	Non

7. Habiletés motrices et repérage temporel et spatial

Vous paraît-il maladroit ?	Oui	Non
A-t-il des difficultés pour courir (trébucher souvent, pataud) ?	Oui	Non
A-t-il des difficultés dans les activités motrices (marelle, corde à sauter) ?	Oui	Non
Sait-il faire du vélo sans petites roues ?	Oui	Non
A-t-il des difficultés pour s'habiller ?	Oui	Non
Est-il à l'aise avec l'utilisation des couverts pour manger ?	Oui	Non
Est-il à l'aise dans l'utilisation des outils scolaires ? (ciseaux, colle)	Oui	Non
Sait-il envoyer un ballon dans une direction spécifique ?	Oui	Non
Parvient-il à attraper un ballon lancé en sa direction ?	Oui	Non
A-t-il des difficultés pour colorier ?	Oui	Non
Écrit-il mal ou lentement ?	Oui	Non
Est-il à l'aise avec les puzzles et les activités de construction (kaplas, légos) ?	Oui	Non
Se repère-t-il dans les jours de la semaine ?	Oui	Non

8. Comportement et sensorialité :

Bouge-t-il souvent ?	Oui	Non
Se met-il souvent en danger ? (risques inconsidérés) ?	Oui	Non
Se montre-t-il étourdi (oubli, perte de ses affaires personnelles) ?	Oui	Non
Peut-il attendre son tour quand il joue ou pour parler ?	Oui	Non
Peut-il mener à son terme une activité prolongée ?	Oui	Non
A-t-il des difficultés pour rester assis à table le temps du repas ?	Oui	Non
Combien de temps passe-t-il devant la télévision, l'ordinateur ou les jeux vidéo ? Combien de temps par jour en heure :	Oui	Non
Présente-t-il des mouvements des mains dans les moments de forte émotion ?	Oui	Non
Aligne-t-il les objets ? les fait-il tourner ?	Oui	Non
Est-ce qu'il tourne sur lui-même ?	Oui	Non
Est-il gêné par le bruit ?	Oui	Non
Est-il gêné par les textures ?	Oui	Non

9. Socialisation et émotion :

Est-il souvent angoissé ?	Oui	Non
Exprime-t-il des peurs et/ou des préoccupations gênant sa vie quotidienne : sur la saleté, les microbes, ou l'ordre par exemple ?	Oui	Non
Exprime-t-il souvent des inquiétudes à votre égard ou sur sa santé physique ?	Oui	Non
Refuse-t-il de dormir chez une autre personne que les parents ?	Oui	Non
Est-ce que l'enfant se dévalorise (je n'y arriverai jamais, je suis nul...) ?	Oui	Non
A-t-il tendance à s'isoler (en classe ou à la maison) ?	Oui	Non
A-t-il du mal à se faire des copains ?	Oui	Non
Peut-il jouer seul dans une pièce ?	Oui	Non

Est-il fasciné par un sujet ou un objet en particulier de manière inhabituelle?	Oui	Non
Est-il contrarié à l'excès par des changements dans sa routine ou ses habitudes ?	Oui	Non
Va-t-il consoler une personne triste ?	Oui	Non
Se met-il en colère à la moindre contrariété ?	Oui	Non
Se montre-t-il opposant pour les règles de la vie quotidienne ?	Oui	Non

10.Vos inquiétudes

Quelles sont vos inquiétudes vis-à-vis du développement de l'enfant ?

Nous vous remercions pour le temps consacré à ce document. Nous reviendrons rapidement vers vous pour vous informer de l'orientation de votre patient.

A transmettre par courrier ou par mail à la plateforme de coordination et d'orientation

**CHU de Montpellier – Hôpital La Colombière
SMPEA Peyre Plantade
PCO TND 34
291 Av. du Doyen Gaston GIRAUD
34295 Montpellier cedex 5**