

Nom de l'enfant :	Sexe :	Fille	Garçon
Prénom :	Nationalité :		
Date de naissance :	Lieu :		
Adresse :			
N° d'immatriculation (sécurité sociale) + clé de l'enfant :			

Situation parentale :

Mariés Vie maritale Séparés Divorcés N'ayant jamais vécu ensemble Autre

Renseignements administratifs

Situation actuelle (vous avez la possibilité de cocher plusieurs cases) :

Famille Famille d'accueil Foyer ASE (Aide Sociale à l'Enfance)

PARENT 1	Décédé :	Oui	Non	PARENT 2	Décédé :	Oui	Non
NOM :				NOM :			
Prénom :				Prénom :			
Date de naissance :		à		Date de naissance :		à	
Adresse (si différente de celle du mineur) :				Adresse (si différente de celle du mineur) :			
Profession :				Profession :			
Téléphone :				Téléphone :			
E-mail :				E-mail :			
Autorité parentale :	Oui	Non		Autorité parentale :	Oui	Non	

AUTRE RESPONSABLE LÉGAL (personne physique ou morale)

NOM :	Autorité parentale :	Oui	Non
Prénom :	Lien avec l'enfant :		
Organisme :	Fonction :		
Adresse :	Profession :		
Téléphone 1 :	Employeur :		
Téléphone 2 :	E-mail :		

Mode de garde (Avant scolaire) :

Scolarisé : Oui Non

Si oui, précisez (classe, école...) :

Présence d'une aide humaine (ex : AESH) : Oui Non Nombre d'heure ?

L'enfant a-t-il déjà redoublé ? Oui Non Quelle classe ?

	Antécédents médicaux, chirurgicaux, obstétricaux ?	Antécédents psychiatriques, neuro-développementaux ?	Antécédents familiaux ?
Père			
Mère			
Fratrie			

ANTÉCÉDENTS PERSONNEL

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 instrumental extraction
 voie basse instrumentale

césarienne programmée
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 :

Hospitalisation néonatale : Oui, durée : Non

Réanimation néonatale : Oui, durée : Non

Poids : Taille : PC :

Apgar à 1 minutes : Apgar à 5 minutes : Apgar à 10 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 En attente (prescription faite)

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 En attente (prescription faite)

Si oui, précisez avec qui, date et résultat :

Un bilan orthoptique a-t-il été effectué ? Oui Non En attente (prescription faite)

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 :*

Prend-t-il un traitement ? 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, 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 ?...) :

Éléments en faveur d'apnée du sommeil : Oui Non

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 acquise :	Oui	Non	Âge d'acquisition :	
Propreté diurne :	Oui	Non	Âge d'acquisition :	
Propreté nocturne :	Oui	Non	Âge d'acquisition :	
Langage : Âge 1ers mots :			Âge 1ères phrases :	
Il y a-t-il eu perte de compétences qu'il avait acquises ?	Oui	Non		

AUTRES

Commentaires :

(Préciser le cas échéant : 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 :

MAISON DÉPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPÉES

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 complément

PCH

AESH

Autres

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. »

GRILLE DE REPÉRAGE

Grille de repérage renseignée en annexe :

Oui Non

Date

6 mois

12 mois

18 mois

24 mois

3 ans

4 ans

5 ans

6 ans

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

Nom du médecin ou de la structure (Avec numéro RPPS) ou numéro FINESS établissement :

Dossier à renvoyer :

- par **Messagerie de Santé Sécurisée (MSS)** de préférence : pco-40@na.mssante.fr (pour le personnel et les structures médicales disposant d'une adresse MSS)
- ou par **courrier à l'adresse suivante** : PCO TND 40 du CMPP - 3 Allée Claude Mora - 40000 MONT-DE-MARSAN
- ou par **ViaTrajectoire**

Pour tous renseignements, contacter la PCO TND 40 par téléphone au 0809 109 109 ou par mail à cde40.pco@landes.fr.