

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION CLEA
Prise en charge en Hôpital de Jour
à destination des parents ou des responsables légaux

Date de la demande :

Date de réception à CLEA :

Nom de l'enfant/de l'adolescent :

Date de naissance + âge de l'enfant au moment de la demande :

, ans

Chers parents ou responsables légaux,

Nous vous remercions de prendre le temps de répondre à ce formulaire qui retrace le parcours de votre enfant.

Vos réponses nous permettront **d'évaluer au mieux les besoins de votre enfant et l'indication de soin.**

Nous vous conseillons d'avoir **un peu de temps devant vous** et de vous aider du **carnet de santé** de votre enfant.

Merci de répondre de votre mieux. Si certaines questions sont difficiles, elles seront reprises en consultation avec le médecin ou avec un psychologue.

Merci d'envoyer ce formulaire directement par mail à l'adresse sécurisée contact@sbd-clea.fr ou par courrier au 9, rue Abraham Bloch - 69007 LYON

Merci d'ajouter tous les bilans/évaluations déjà effectués (bilans intellectuels, orthophonique, psychomoteur, ergothérapie, psychologique...).

Concernant l'enregistrement du document, il serait souhaitable que le titre du document comprenne les noms et prénoms de l'enfant (NOM-PRÉNOM-Formulaire parents CLEA). Par ailleurs, merci de bien vouloir vérifier que ce dernier a été correctement enregistré après l'avoir complété.

TYPE DE PROBLÉMATIQUE

Parcours TDAH (diagnostic de Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité) ?

Parcours RSA (problématique de Refus Scolaire Anxieux) ?

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Date de naissance de votre enfant : Jour Mois Année

Nom/prénom de la mère :

Nom/prénom du père :

Qui complète le questionnaire ?

MEDECIN ADRESSEUR

Nom du médecin :

Spécialité médicale ? (pédopsychiatre, généraliste, pédiatre, autre ?) :

Adresse :

Téléphone :

E-mail du secrétariat médical :

Autre médecin référent de l'enfant :

Nom du médecin :

Spécialité médicale ? (pédopsychiatre, généraliste, pédiatre, autre ?) :

Adresse :

Téléphone :

E-mail du secrétariat médical :



MOTIF DE CONSULTATION / ATTENTES

Quelle est la **problématique principale** selon vous et quelles sont vos **principales inquiétudes** ?

Quelle est votre hypothèse sur **la source des difficultés** de votre enfant ?

Quelle est **votre demande** et quelles sont **vos attentes** vis-à-vis de notre équipe de soin ?

Qu'est-ce qui vous a décidé à consulter maintenant ?

Quand et quels ont été les **premiers signes** que vous avez repérés ? À partir de quel âge ?



HISTOIRE FAMILIALE

1. Mère : date de naissance :

Langue maternelle :

Langue parlée à la maison :

Niveau scolaire :

Profession :

Adresse :

E-mail :

Téléphone Mère :

2. Père : date de naissance :

Langue maternelle :

Langue parlée à la maison :

Niveau scolaire :

Profession :

Adresse :

E-mail :

Téléphone Père :

3. Lien de parenté entre les parents ?

4. Les parents sont (mariés/pacsés/en couple/séparés/divorcés) ?

5. Si les parents sont séparés/divorcés, quel âge avait l'enfant au moment de la séparation ?

La mère est (mariée/a un conjoint, célibataire, décédée) :

Le père est (marié/a une conjointe, célibataire, décédé) :

6. L'enfant vit avec (sa mère, son père, en garde partagée/alternée, autre situation) :

7. Qui est dépositaire de l'autorité parentale ? (les deux parents, seulement la mère, seulement le père)

8. L'enfant est-il adopté ?

9. L'enfant est-il en famille d'accueil ?

10. Avez-vous d'autres enfants ?

Si oui, notez le prénom, l'âge, le sexe et le lien de parenté de chacun :

Prénom :	Âge :	Sexe :	Même couple / côté maternel / côté paternel :
Prénom :	Âge :	Sexe :	Même couple / côté maternel / côté paternel :
Prénom :	Âge :	Sexe :	Même couple / côté maternel / côté paternel :
Prénom :	Âge :	Sexe :	Même couple / côté maternel / côté paternel :
Prénom :	Âge :	Sexe :	Même couple / côté maternel / côté paternel :
Prénom :	Âge :	Sexe :	Même couple / côté maternel / côté paternel :



HISTOIRE DE LA GROSSESSE ET DE LA NAISSANCE

Ce questionnaire sera repris avec un professionnel de CLEA, essayez d'y répondre de la manière la plus complète possible (en vous servant si besoin du carnet de santé). Laissez sans réponse si vous ne vous souvenez plus.

1. Dans quel climat s'est déroulé la grossesse ?

(Précisez si déménagement, problèmes de santé, difficultés financières, difficultés de couple, décès, etc...) :

2. Quels sont les événements majeurs qui ont pu impacter la famille depuis la naissance de votre enfant ? Précisez :

3. La grossesse de votre enfant était la (1^{ère}, 2^{ème}, 3^{ème} ?), précisez :

Âge de la mère à la naissance :

Âge du père à la naissance :

Y a-t-il eu des fausses couches, IMG, IVG, grossesses gémellaires ? Si oui, précisez :

4. Pendant la grossesse, y a-t-il eu :

a) Prise de médicaments ? Si oui, lesquels et pourquoi ?

b) Consommation d'alcool ? Si oui, nombre de verres/jour

c) Consommation de tabac (cigarettes) ? Si oui, nombre par jour

d) Consommation de drogue (cannabis, opioïdes (par ex fentanyl, héroïne), cocaïne, etc ?

Si oui, type

Fréquence de consommation

5. Comment décririez-vous l'accouchement ?

6. L'enfant est-il né à terme ? Il est né à (ex : 36 semaines)

7. À la naissance, quel était : le poids

l'Apgar

le périmètre crânien

8. L'enfant a-t-il présenté des problème de jaunisse, Rhésus... ?

9. L'enfant a-t-il été allaité ?

Si oui, combien de temps ?

Comment l'allaitement s'est-il passé ?

10. Autres anomalies, problèmes rencontrés ou informations que vous jugez importantes concernant la grossesse ou la naissance. Si oui, lequel/lesquels ?



HISTOIRE DU DÉVELOPPEMENT

Note : Pour les enfants adoptés, il est possible que vous ne puissiez répondre à certaines questions.

1. Comment les premiers mois suivant la naissance se sont-ils passés à la maison ? Y- a-t-il eu des difficultés ? Précisez :

2. Est-ce que votre enfant pleurait beaucoup ? Si oui, précisez la durée et la problématique :

3. Le **sommeil** a-t-il été de qualité les premiers mois ? Précisez :

Âge auquel votre enfant a fait ses nuits :

Y a-t-il eu des périodes plus difficiles en ce qui concerne la qualité du sommeil ?

4. Et **aujourd'hui**, votre enfant présente-t-il des particularités ou des troubles du sommeil ? Décrivez :

Dort-il seul ?

Lui arrive-t-il de dormir avec ses parents ? Si oui, à quelle(s) occasion(s) ?

Y a-t-il un rituel précédant le coucher ? Si oui, lequel est quelle est la durée ?

Y a-t-il une résistance forte au coucher ?

L'enfant a-t-il besoin d'une lumière ?

Y a-t-il des ronflements importants ?

A-t-il des pauses respiratoires ou cherche-t-il sa respiration ?

En général, la semaine il se lève à : et se couche à :

Le week-end, il se lève à : et se couche à :

Le matin, au lever, est-il en forme ?

Prend-il des médicaments actuellement ? Si oui, faites la liste (nom et dosage) :

5. Concernant l'**alimentation**, comment s'est passé la diversification ?

Aujourd'hui, avez-vous des inquiétudes par rapport à son alimentation ? Précisez :

Présente-t-il des particularités concernant son alimentation ? (tri sélectif, difficultés sensorielles, textures...) ?

Suit-il un régime particulier (ex sans gluten, sans lactose, sans porc) ? Si oui, lequel ?

Présente-t-il des allergies alimentaires ? Si oui, lesquelles ?

Souffre-t-il de constipation ou de diarrhées fréquentes ? Si oui, précisez :

6. Comment se sont passées les premières **séparations** pour votre enfant (intégration à la garderie / l'école...) ?

7. Âge de la **propreté** ? Le jour : La nuit :

Lui arrive-t-il encore de « s'oublier » ?

8. Entre **0 et 2 ans**, comment se comportait votre enfant durant sa petite enfance ? (Caractère, sociabilité...)

LANGAGE

1. À quel âge votre enfant a-t-il dit ses premiers mots ? Ses premières phrases ?

2. Présente-t-il des difficultés ou retards de langage au niveau de :

La compréhension

L'expression

3. Avant ses 2 ans :

Votre enfant pouvait-il vous faire comprendre ce qui l'intéressait en vous regardant, puis en pointant du doigt et du regard vers l'objet ?

Pouvait-il s'intéresser à ce que vous lui montriez ?

Pouvait-il associer deux mots : « papa pati », « veux gato », « pas dodo » ... ?

Pouvait-il faire des jeux de faire semblant : jouer à la dinette, faire le ménage, super-héros... ?

Pouvait-il vous imiter ?

Si oui, immédiatement en même temps que vous ou bien en différé ?

Pouvait-il réagir en comprenant votre mimique de visage ?

Pouvait-il vous consoler quand il vous voyait triste ?

4. Entre 2 et 5 ans :

Langage réceptif : comment l'enfant **comprenait** ce que vous lui disiez ?

L'enfant comprenait-il les consignes en regardant les autres ?

L'enfant avait-il besoin qu'on illustre les consignes avec des gestes ou des images ?

L'enfant comprenait-il les consignes simples : ex, « va chercher tes chaussures » ?

L'enfant comprenait-il des consignes complexes ou qui contiennent plusieurs éléments

(ex, « mets tes pantoufles rouge sous le lit ») ?

Quelle était sa réaction lorsque les gens ne le comprenaient pas ?

Langage expressif : comment votre enfant **se faisait-il comprendre** en priorité ?

L'enfant était-il capable de s'exprimer par des gestes (ex : en pointant) ?

L'enfant s'exprimait-il plutôt par du jargon ?

L'enfant s'exprimait-il par des mots isolés ?

L'enfant s'exprimait-il par des phrases courtes (2-3 mots) ?

L'enfant s'exprimait-il par des phrases élaborées ?

5. Actuellement, comment est la qualité de son langage ? (Expression, compréhension, communication)

6. Comprend-il bien le langage figuré/la métaphore, ou bien les expressions/blagues au second degré ?



MOTRICITÉ

1. Âge de la marche ? Tenue de la tête (âge) Tenue assise (âge)

Votre enfant a-t-il rampé ?

Marche à quatre pattes ? Si oui, âge :

Vélo sans roulette (âge et description) :

Natation (âge et description) :

2. Votre enfant a-t-il présenté ou présente-t-il encore des difficultés dans les habiletés **motrices globales** (marcher, sauter...) ? Si oui précisez :

S'habiller : votre enfant se débrouille-t-il seul ? Si oui, depuis quel âge :
(Décrivez : endroit/envers, boutonner, lacer ses chaussures, choix de vêtement) :

Hygiène : votre enfant se lave-t-il seul ?
A-t-il besoin d'aide ? (Décrivez) :

Votre enfant s'essuie-t-il tout seul lorsqu'il est aux toilettes ? Si oui, depuis quel âge :

Si non, décrivez ce qui est difficile :

3. Votre enfant a-t-il présenté ou présente-t-il encore des difficultés en **motricité fine** ? Si oui précisez :

À table pour manger : (décrivez, utilisation des couverts, adresse gestuelle, tenue à table, propreté) :

Les repas sont-ils pris en famille ?

Graphisme (décrivez, tenue du crayon, qualité du tracé):

A t-il des appétences pour le dessin ?

A quel âge a-t-il montré une préférence pour l'une ou l'autre main ? Laquelle ?

Jeux de construction (fait-il des légos, kaplas, puzzles) :

COMPORTEMENT SOCIAL ET AFFECTIF ACTUEL

COMMUNICATION / INTERACTION SOCIALE

1. **Actuellement**, comment décririez-vous le comportement de votre enfant ?

Votre enfant s'entend-il bien avec les membres de sa famille ? Décrivez :

L'arrivée du ou des petits frères et sœurs a-t-elle été difficile pour votre enfant ? Si oui, précisez :

2. Quelles sont ses principales **qualités** ?

3. Avez-vous noté des changements de comportement ou de personnalité qui vous inquiètent ?

Autres informations que vous jugez pertinentes :

Votre enfant a-t-il eu des périodes de déprime ou une **baisse de l'humeur** ? Si oui, dans quel contexte ?

Est-ce toujours présent actuellement ?

Votre enfant vous a-t-il déjà exprimé des idées suicidaires ?

Si oui, votre enfant est-il déjà passé à l'acte ?



Si oui, dans quel contexte et a-t-il été hospitalisé ?

Votre enfant a-t-il fait des **crises d'angoisses** ?

4. Votre enfant s'entend-il bien avec les enfants de son âge ? Décrivez :

A-t-il des copains ?

Est-il invité aux anniversaires ?

Invite-t-il des copains à la maison ?

Si non, pourquoi selon vous ?

A-t-il tendance à s'isoler (en classe/à la maison) ?

A-t-il du mal à engager ou entretenir la conversation ?

Comment joue-t-il ? Comment utilise-t-il le matériel de jeu ? (imitation, exploration, répétition ?)

Autre, précisez :

L'enfant préfère-t-il jouer avec des enfants plus jeunes, plus vieux, du même âge ?

L'enfant joue-t-il souvent seul, à deux, en groupe ?

L'enfant s'ennuie-t-il souvent ou a-t-il des difficultés à s'occuper tout seul ?

A quoi aime-t-il jouer ?

Comment entre-t-il en relation avec les enfants ?

Comment entre-t-il en relation avec les adultes ?

Respecte-t-il le tour de rôle dans le dialogue ?

Vous paraît-il avoir le sens de l'humour comme des enfants de son âge ?

Peut-il dire des petits mensonges dans la vie quotidienne comme des enfants de son âge ?

Peut-il tenir compte des conventions sociales (par ex, ne pas dire des paroles blessantes, s'en rend-il compte dans ce cas ?)



Partage-t-il ses émotions avec sa famille / ses amis (ses joies et ses peines, ses surprises, etc) ?

Est-il capable de modifier/ajuster son comportement relationnel selon qu'il interagit avec des enfants ou des adultes, des étrangers ou des proches ?

5. Quels sont les **loisirs et centres d'intérêts** de votre enfant ?

Votre enfant est-il fasciné à l'excès par un sujet/thème (parfois inhabituel) auquel il revient sans cesse ?
Si oui, quels sont les sujets qui l'intéressent ?

Est-il envahi par ses intérêts au détriment de l'attention portée aux autres et à leurs propres intérêts ?

A-t-il une utilisation étrange/atypique des objets/jouets ? Si oui, précisez :

6. **Actuellement**, comment est la **consommation d'écrans** de votre enfant (tablette, TV, smartphone, PC...) :

Combien d'heures par jour les jours d'école ? Chez ses parents : Chez sa mère : Chez son père :

Combien d'heures par jour en WE/vacances ? Chez ses parents : Chez sa mère : Chez son père :

L'enfant fait-il usage d'un écran dans l'heure qui précède le coucher ?

Chez ses parents : Chez sa mère : Chez son père :

Les tentatives de limitation du temps provoquent-elles des crises de colère ?

Chez ses parents : Chez sa mère : Chez son père :

7. L'enfant a-t-il des difficultés pour tolérer la **frustration** ? Si oui, précisez :

Comment votre enfant s'adapte-t-il aux changements, à la nouveauté ?

Est-il stressé par des changements dans ses habitudes ?

A-t-il des "rituels" inflexibles ? Si oui, lesquels :



8. A-t-il des difficultés de **séparation** lors des départs ? Si oui, pour quelles raisons ?

Votre enfant fait-il certains déplacements tout seul ? Si oui, lesquels ?

Votre enfant va-t-il en colonie de vacances ? Si oui, comment gère-t-il la séparation ?

MOUVEMENTS ET COMPORTEMENTS ATYPIQUES

1. Avez-vous remarqué des **comportements étranges**, atypiques (comme se balancer sur place, faire des bruits de bouche ou des vocalises, agiter ses mains devant soi lors d'une émotion, se taper la tête, utiliser les jouets de façon inhabituelle, rechercher assez peu l'interaction avec les autres, ne pas regarder dans les yeux...) ?

2. Avez-vous déjà repéré chez lui des **mouvements du corps** ou d'une partie du corps qui soient anormaux et/ou répétitifs ?

ÉMOTIONS ET SENSORIALITÉ

1. Les émotions de votre enfant vous paraissent-elles plus intenses, plus fortes, excessives en regard de la situation qui les provoque ? Si oui, décrivez :

2. Votre enfant met-il plus de temps à se calmer, à revenir à son « état de base » ? Si oui, décrivez :



3. Votre enfant est-il très souvent irritable, s'énerve-t-il rapidement pour des frustrations pourtant minimes ?
Si oui, décrivez :

4. Votre enfant fait-il de grosses crises de colère où il peut-il s'en prendre aux objets, claquer des portes, etc. ?
Si oui, décrivez :

5. Votre enfant peut-il s'en prendre verbalement aux personnes (crier sur quelqu'un, l'insulter, etc.) ? Si oui, décrivez :

6. Votre enfant peut-il s'en prendre physiquement aux personnes (taper, mordre, etc...) ? Si oui, décrivez :

7. Votre enfant passe-t-il très facilement du rire aux larmes, ses émotions sont-elles très vite changeantes ?
Si oui, décrivez :

8. L'enfant exprime-t-il moins d'émotions que ce à quoi nous pourrions nous attendre (dans son attitude, sur son visage, dans ses mots...) ? Si oui, décrivez :

9. Votre enfant est-il très souvent insatisfait (éprouve peu de plaisir, n'est jamais content) ? Si oui, décrivez :

10. Votre enfant est-il souvent triste et renfermé ? Si oui, décrivez :



11. Présente-t-il ou a-t-il déjà présenté des **particularités sensorielles** (ce qui est désagréable ou agréable) ?

Odorat (odeur non supportée ou particulièrement appréciée). Si oui, décrivez :

Audition (musique, bruit qui dérange ou particulièrement apprécié...) Si oui, décrivez :

Vision (type ou intensité de la lumière, etc... désagréable ou particulièrement appréciée) Si oui, décrivez :

Goût (aliments, texture, etc...) Si oui, décrivez :

Toucher (matière désagréable ou appréciée au toucher, rapport au vêtement, contact physique apprécié ou non...) Si oui, décrivez :

Vestibulaire (recherche de balancement, mal des transports, mouvement apprécié ou désagréable...) Si oui, décrivez :



HISTOIRE SCOLAIRE

Acceptez-vous que l'on se mette en lien avec l'école de votre enfant une fois la prise en charge débutée?

1. En quelle année est actuellement votre enfant ?

Nom de l'école

Adresse

Téléphone

Nom(s) de l'enseignant(s)/professeur principal

2. L'enfant a-t-il eu des difficultés à développer les habiletés préscolaires (nommer les couleurs, l'alphabet, les chiffres, les formes...) ? Si oui, décrivez :

3. Avez-vous l'impression que votre enfant présente des troubles/difficultés d'apprentissage ? Si oui, de quelle nature ?

En quelle année ces difficultés ont-elles commencé ? (notez la classe)

4. L'enfant a-t-il recommencé une année ? Si oui, laquelle ?

Pourquoi ?

5. Avez-vous des inquiétudes sur les capacités de votre enfant dans l'un ou l'autre secteurs de la vie quotidienne ? (Attention, mémoire, autonomie, comportement, motricité fine ou globale, relations sociales, confiance en soi...) Décrivez

6. Avez-vous des inquiétudes sur les capacités de votre enfant dans l'une ou l'autre de ces matières scolaires ?

Lecture (fluidité/précision) :

Compréhension en lecture :

Orthographe :

Grammaire :

Mathématiques :

Calligraphie (écriture) :

Autre, décrivez :

7. Votre enfant reçoit-il ou a-t-il reçu des services pédagogiques spéciaux ?

a. Dans une école spéciale – nom :

b. Des cours privés/professeur(s) particulier(s) :

- en français – année et fréquence
- en mathématiques - année et fréquence
- dans un autre cours - année et fréquence

c. En orthophonie pour des troubles :

- du langage oral - année et fréquence
- de la parole - année et fréquence
- du langage écrit - année et fréquence

d. Est-il connu du psychologue ou de l'infirmière scolaire ?

e. Est-il en classe pour troubles d'apprentissages (ULIS, SEGPA...) ? Si oui, type de classe

f. Est-il en ITEP ? Si oui, nom, téléphone de l'établissement, nom du référent :

8. Votre enfant a-t-il un dossier MDPH ?

Si oui, quelle est la notification ?

9. A-t-il des adaptations scolaires ?

AESH ? Si oui, mutualisée ou individuelle ? Nombre d'heures

Tiers temps ? PAI ? PAP ? Autre :

10. Au retour de l'école, comment est le comportement de votre enfant (fatigué, agité, maux de têtes, autre ?) :

11. Vous parle-t-il de ce qu'il a fait à l'école ? Des autres élèves ?

12. Qui l'aide pour ses devoirs et leçons ?

13. Combien de temps met-il pour faire ses devoirs et leçons ?

Y a-t-il un moment ou une façon de faire plus propice ?

Décrivez comment se passe le moment des devoirs ?



CHEMINEMENT SCOLAIRE

Veillez indiquer le cheminement scolaire pour chaque année en commençant par la maternelle et en signalant les années doublées. Précisez de quelle classe spéciale il s'agit quand c'est le cas.

Année scolaire	Niveau	Nom de l'école	Classe ordinaire ou spéciale
----------------	--------	----------------	------------------------------

Précisez vos liens et vos appréciations vis-à-vis de l'école et de l'enseignant actuel :



HISTOIRE MÉDICALE

1. Votre enfant a-t-il déjà eu des convulsions ?

Votre enfant a-t-il déjà eu des crises d'épilepsie ?

Si oui, quel âge avait-il (années et mois) ?

En présente-t-il encore ? Si oui, à quelle fréquence ?

Prend-il une médication pour contrôler ses convulsions/épilepsie ? Si oui, laquelle ?

2. L'enfant a-t-il déjà perdu connaissance ? Si oui, à quelle occasion ?

3. L'enfant a-t-il déjà eu un accident ? Si oui, qu'est-il arrivé ?

Quand ?

A-t-il été inconscient (perdu connaissance) ?

A-t-il eu des maux de têtes ?

A-t-il vomi ?

4. L'enfant a-t-il déjà subi des opérations ? Si oui, laquelle/lesquelles et quand ?

5. L'enfant a-t-il eu d'autres maladies graves ? Si oui, précisez :

6. L'enfant a-t-il subi une ou des agressions ? Si oui, précisez dates et contexte :

7. L'enfant a-t-il subi du harcèlement ? Si oui, précisez dates et contexte :

8. L'enfant a-t-il déjà consulté en neurologie ? Si oui, pour quelles raisons et à quel âge ?



9. L'enfant a-t-il déjà été vu en ophtalmologie ? Si oui, date de la dernière visite :

L'enfant a-t-il des problèmes de vision ? Si oui, lesquels ?

A-t-il une correction et laquelle ?

10. L'enfant a-t-il déjà vu un ORL ? Si oui, date de la dernière visite :

L'enfant a-t-il des problèmes auditifs ? Si oui, lesquels ?

L'enfant a-t-il eu plusieurs infections aux oreilles ? Si oui, fréquence

Quand ?

A-t-il eu des tubes (drains) ?

11. Autres bilans ?

Imagerie cérébrale ? Si oui, année ou âge

Electro-encéphalogramme (EEG) ? Si oui, année ou âge

Bilan génétique ? Si oui, année ou âge

Bilan métabolique ? Si oui, année ou âge

Autre(s) bilan(s)

12. A-t-il pris des antibiotiques de façon répétée ?

13. Y a-t-il un autre **membre de la famille** qui souffre ou a souffert de :
(Si oui, indiquez le degré de parenté avec l'enfant)

Convulsions-épilepsie ?

Déficiência intellectuelle ?

Difficultés à l'école en français ?

Trouble du langage écrit (dyslexie/dysorthographe) ?

Difficultés à l'école en mathématiques ?

Trouble d'apprentissage en mathématique (dyscalculie) ?

Hyperactivité/impulsivité (TDAH) ?

Tics/syndrome Gilles de la Tourette ?

Trouble du spectre de l'Autisme (TSA)

ou Trouble envahissant du développement TED ou Asperger) ?

Trouble du langage oral (dysphasie) ?

Trouble de la motricité ou praxique

(dyspraxie ou trouble développemental de la coordination) ?

Troubles de santé mentale, si oui, lesquels ?

(Dépression, Anxiété/phobie, Trouble obsessionnel (TOC)...)



14. L'enfant a-t-il déjà eu **une évaluation/un bilan ?**

Evaluation de l'efficacité intellectuelle (QI, WISC, WPPSI) ? Si oui, année ou âge

Evaluation d'un éventuel TDAH ? Si oui, année ou âge

Evaluation d'un éventuel trouble de l'autisme ? (TSA) Si oui, année ou âge

Bilan neuropsychologique ? Si oui, année ou âge

Bilan en psychomotricité ? Si oui, année ou âge

Bilan en ergothérapie ? Si oui, année ou âge

Bilan en orthoptie ? Si oui, année ou âge

Bilan en orthophonie ? Si oui, année ou âge

Autre(s) bilan(s)

Quelles conclusions avez-vous tirées ?

15. Y-a-t-il un ou des **diagnostics posés chez votre enfant ? Si oui, lequel/lesquels ?**

16. Votre enfant prend-il actuellement un ou plusieurs **traitements médicamenteux ? Si oui, lequel/lesquels :**



LES SUIVIS ACTUELS DE VOTRE ENFANT

Professionnels	Nom et coordonnées	Fréquence du suivi	Date du dernier bilan
Médecin traitant			
Pédiatre			
Neuropédiatre			
Pédopsychiatre			
Psychologue			
Orthophoniste			
Psychomotricien			
Ergothérapeute			
Éducateur			
Assistante sociale			
Kinésithérapeute			
Association			
Réseau de santé			
Autre			

