

DOSSIER D'ADRESSAGE



A renvoyer au stg.maisonnd@vivalto-sante.com

DATE DE LA DEMANDE :

Coordonnées du médecin adresseur :

Nom :

Spécialité :

Téléphone :

Mail :

1. INFORMATIONS ADMINISTRATIVES :

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Niveau scolaire :

Coordonnées des parents / tuteurs :

Nom :

Prénom :

Lien de parenté :

Adresse postale :

Numéro de téléphone :

Mail :

Nom :

Prénom :

Lien de parenté :

Adresse postale :

Numéro de téléphone :

Mail :

2. SITUATION CLINIQUE OBSERVÉE :

SITUATION CLINIQUE OBSERVÉE	OUI	NON
Trouble de l'attention		
Impulsivité		
Hyperactivité		
Trouble oppositionnel		
Trouble de la communication verbale		
Trouble des interactions sociales		
Trouble des apprentissages, dysfonctionnel		
Déficit intellectuel		
Trouble de l'humeur		
Anxiété		
Repli / Isolement		
Trouble du sommeil		

SITUATION CLINIQUE OBSERVÉE	OUI	NON
Trouble de la prise alimentaire		
Retard dans l'acquisition de la propreté		
Trouble de la coordination globale		
Trouble de la motricité fine		
TICS		

Autres :

Synthèse de l'apparition des troubles :

3. ANAMNÈSE / ANTÉCÉDENTS :

Grossesse :

- ☐ Prématurité
- ☐ RCIU
- ☐ Exposition prénatale à un toxique ou à un traitement
- ☐ Encéphalopathie
- ☐ AVC artériel périnatal
- ☐ Foetopathies infectieuses
- ☐ Cardiopathies congénitales

Commentaires éventuels :

Naissance :

- | | |
|--|---|
| ☐ Accouchement voie basse | Poids de l'enfant : <input type="text"/> |
| ☐ Césarienne | Taille de l'enfant : <input type="text"/> |
| ☐ Malformations | PC de l'enfant : <input type="text"/> |

Commentaires éventuels :

Grossesse :

☐ Anomalies de la motricité

Age de la marche :

☐ Mouvements anormaux

☐ Anomalies développement langage

☐ Décalage d'acquisition du langage oral

☐ Anomalies de l'acquisition de la propreté

☐ Anomalie dans les interactions précoces

☐ Autre décalage d'acquisition ou d'apprentissage précoce

☐ Plainte parentale précoce

☐ Trouble de l'oralité

☐ Anomalie de la vision

☐ Anomalie de l'audition

Commentaires éventuels :

Antécédents personnels médicaux, chirurgicaux, psychiatriques

ATCD familiaux (particulièrement ATCD TND parents/fratrie)

Suivi déjà mis en place en libéral ou institutionnel (médical, orthophonique, en psychomotricité, en ergothérapie...)

OUI

NON

Si oui, préciser les coordonnées des professionnels ou des structures :

Démarche auprès de la MDPH

OUI

☐

ENVISAGÉE

☐

EN COURS

☐

4. SITUATION ÉDUCATIVE :

Cadre de vie

(Lieu de vie, fratrie, personnes vivant au domicile ..)

Facteurs environnementaux atypiques

(Difficultés socio-environnementales, contexte culturel ou linguistique, habitudes (ex. : temps d'écran, laissé en autonomie...))

OUI

☐

NON

☐

Si oui, merci de préciser lesquels :

Accompagnement éducatif spécialisé

OUI

☐

NON

☐

Si oui, merci de préciser lesquels :

Scolarité actuelle et parcours scolaire

(AESH, aménagements scolaires (PPS/PAI/PAP), décalage des acquisitions/niveau attendu sur tranche d'âge)

5. BILANS DÉJÀ RÉALISÉS (PRÉCISER LES DATES ET JOINDRE LES CR) :

- ☐ Bilans médicaux (pédiatre, neuropédiatre, pédopsychiatre, génétique, autres)
- ☐ Bilans paramédicaux (orthophonie, ergothérapie, psychomotricité, orthoptie, neuropsychologie, etc.)
- ☐ Bilans scolaires (enseignant référent, enseignant spécialisé, équipe éducative, etc.)
- ☐ Examens complémentaires (IRM, EEG, bilans auditifs, visuels, biologiques...)

6. HYPOTHÈSES DIAGNOSTIQUES / DIAGNOSTICS DÉJÀ POSÉS :

DIAGNOSTICS	OUI	NON
TDAH		
TSA		
Trouble des apprentissages		
Dyslexie		
Dysorthographe		
Dyscalculie		
TDI		
Dysphasie		
Dyspraxie		

Autres :

7. DOCUMENTS À JOINDRE

- Carnet de santé (pages clés)
- Bulletins scolaires / GEVA-Sco
- Comptes rendus des bilans déjà réalisés
- Compte rendu médical récent

A renvoyer au stg.maisonnd@vivalto-sante.com