

# DOSSIER D'ADRESSAGE



A renvoyer au [stg.maisonnd@vivalto-sante.com](mailto: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	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Impulsivité	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hyperactivité	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Trouble oppositionnel	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Trouble de la communication verbale	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Trouble des interactions sociales	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Trouble des apprentissages, dysfonctionnel	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Déficit intellectuel	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Trouble de l'humeur	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anxiété	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Repli / Isolement	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Trouble du sommeil	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**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
- Fœtopathies infectieuses
- Cardiopathies congénitales

Commentaires éventuels :

**Naissance :**

- Accouchement voie basse
- Césarienne
- Malformations

Poids de l'enfant :

Taille de l'enfant :

PC de l'enfant :

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble des apprentissages	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dyslexie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dysorthographe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dyscalculie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dysphasie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dyspraxie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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](mailto:stg.maisonnd@vivalto-sante.com)



Cachet ou signature électronique du médecin prescripteur