

PCO DOSSIER FAMILLE

Nom de l'enfant : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Sexe : Masculin Féminin

Questionnaire rempli par le père la mère les deux autre :

Qui vous adresse à la Plateforme ?

Quelles sont vos inquiétudes concernant votre enfant ?

Quel âge avait votre enfant quand vous avez commencé à vous inquiéter ?

COORDONNÉES ET INFORMATIONS

	MERE/PARENT 1	PERE/PARENT 2
Nom et prénom		
Date de naissance		
Adresse postale		
Téléphone		
Adresse électronique		
Profession		
Autorité parentale	Les deux parents Mère Père Autre :	
Fratrie (prénom + année de naissance)		

Les deux parents sont-ils informés de la démarche engagée auprès de plateforme ? Oui Non

CONDITIONS DE VIE

SITUATION FAMILIALE

Parents vivant dans le même foyer

Parents séparés ou divorcés : mode de garde (garde exclusive à un parent, garde alternée) :
.....

Famille monoparentale

Famille recomposée

Famille d'Accueil : Merci de noter le nom + coordonnées :
.....

Autre : précisez : Merci de noter le nom + coordonnées :
.....

PCO DOSSIER FAMILLE

GARDE, SCOLARISATION, LOISIRS

MODE DE GARDE	OUI	NON
Crèche		
Garderie		
Assistante maternelle		
Autres : précisez (parents, grands-parents, famille) :		
SCOLARISATION	OUI	NON
Ecole		
Niveau scolaire (classe) :		
Redoublement antérieur ? Si oui, quelle classe ?		
Est-ce que des difficultés sont signalées par les lieux d'accueil (crèche, école, assistante maternelle...) ?		
Existe-t-il des difficultés d'apprentissages scolaires ?		
Si oui, quelles difficultés ?		
LOISIRS		
Quels sont les loisirs de votre enfant ?		

AIDES

AVEZ-VOUS DEJA FAIT UNE DEMANDE AUPRES DE LA MDPH ? (dossier MDPH) :	OUI	NON
<p style="text-align: center;">SI OUI</p> <p>MERCI DE NOTER</p> <ul style="list-style-type: none"> La date du dépôt du dossier MDPH :/...../20..... Le numéro de dossier MDPH : <p>MERCI DE PRÉCISER VOS DEMANDES (cochez les cases correspondantes ci-dessous) :</p>		
MAISON DE L'AUTONOMIE (MDPH)	OUI	NON
AEEH (Allocation d'Education pour Enfant Handicapé) :		
PCH (Prestation de Compensation du Handicap)		
AESH (Accompagnant des Elèves en Situation de Handicap)		
Classe ULIS		
AUTRES AIDES	OUI	NON
Prise en charge RASED (Réseau d'Aide Spécialisée aux Enfants en Difficulté)		
PAP / PPRE (Barrez les mentions inutiles)		
PAI		
AEMO		
AEA		
TISF		
AJPP		
SI VOUS AVEZ DEPOSE UN DOSSIER : AVEZ-VOUS EU UNE REPONSE ? OUI NON		

Si NON : merci de nous transmettre l'accusé de réception de la MDPH
Si OUI : merci de nous transmettre la notification de la MDPH et le GEVASCO rempli par l'école.

PCO DOSSIER FAMILLE

SUIVIS ACTUELS & PASSES

Si bilans antérieurs, merci de nous adresser tous les comptes rendus antérieurs.

Votre enfant est suivi par		NOM ET COORDONNÉES	Suivi depuis quelle année ? Toujours en cours ?
	Médecin Généraliste		
	Pédiatre		
	CMP		
	CMPP		
	CAMSP		
	Ergothérapeute		
	Orthophoniste		
	Orthoptiste		
	Psychomotricien		
	Psychologue		
	Psychiatre / Pédopsychiatre		
	Masseur-Kinésithérapeute		
	ORL		
	Ophtalmologue		
	Autre		

PCO DOSSIER FAMILLE

ANTÉCÉDENTS

PROBLEMES DE SANTE DANS LA FAMILLE

= troubles des apprentissages, autisme, problèmes de santé divers, troubles psychologiques

MERE/PARENT 1 :

PERE/ PARENT 2 :

FRATRIE (frères et soeurs) :

AUTRES (Oncle, tante, cousin(e)) :

ANTECEDENTS PERSONNELS

GROSSESSE et NAISSANCE (prématurité, PMA, faible poids, enfant adopté...) :

ANTECEDENTS D'HOSPITALISATION ET/OU DE PROBLEMES DE SANTE : OUI NON
Si OUI détaillez :

TRAITEMENTS EN COURS : OUI NON
Si OUI précisez :

VOTRE ENFANT A-T-IL EU UN CONTROLE ORL ? OUI NON
Si OUI, a-t-il un SUIVI ?

VOTRE ENFANT A-T-IL EU UN CONTROLE OPHTALMOLOGIQUE ? OUI NON
Si OUI, a-t-il un SUIVI ?

ACQUISITIONS AVANT 2 ANS

Age de la tenue assis stable sans aide :

Age de la marche sans aide :

Age des premiers mots :

Avant 2 ans :

- votre enfant avait un bon contact visuel ?	OUI	NON
- il faisait des sourires réponses ?	OUI	NON
- se faisait-il comprendre par ses gestes (montrer, pointer du doigt) et son regard ?	OUI	NON
- faisait-il des jeux de faire-semblant (dinette, bricolage) ?	OUI	NON

PCO DOSSIER FAMILLE

VIE QUOTIDIENNE

VOTRE ENFANT		OUI	NON
A-t-il des problèmes de SOMMEIL :			
- S'endort difficilement ?			
- A besoin de la présence d'un adulte pour s'endormir ?			
- Se réveille pendant la nuit ?			
- A-t-il des sueurs nocturnes ?			
- Se réveille-t-il souvent fatigué ?			
- Ronfle-t-il beaucoup ?			
Dort-il seul dans sa chambre ?			
Dort-il dans le lit des parents une partie de la nuit ?			
Si oui, pour quelles raisons ?			
Y a-t-il un poste de télévision dans sa chambre ?			
Rencontrez-vous des difficultés pour le faire MANGER ?			
Lors des repas, votre enfant refuse-t-il systématiquement certains aliments ?			
Si oui, lesquels :			
Votre enfant est-il PROPRE ?	De jour ?	De nuit ?	
	OUI A quel âge ?	NON	OUI A quel âge ? NON

DEVELOPPEMENT

Les prochaines questions portent sur ce que vous observez actuellement chez votre enfant.
En fonction de son âge, certaines questions ne sont pas adaptées.

	Votre enfant...	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
LANGAGE ET COMMUNICATION	A-t-il (eu) des difficultés pour se faire comprendre par vous ou par d'autres personnes				
	A-t-il des difficultés pour comprendre les consignes simples ?				
	A-t-il des difficultés pour faire des jeux de faire semblant : jouer à la dinette, bricoler, faire le ménage... ?				
	Quelles sont les langues parlées à la maison ? S'il y en a plusieurs, dans laquelle est-il le plus à l'aise ?				
	Votre enfant...	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
MOTRICITE, AUTONOMIE	Vous paraît-il maladroit ?				
	A-t-il des difficultés pour s'habiller ?				
	A-t-il des difficultés pour colorier et/ou dessiner ?				
	A-t-il des difficultés pour faire des puzzles ou des jeux de construction ?				

PCO DOSSIER FAMILLE

	Votre enfant...	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
ATTENTION/ CONCENTRATION	Semble-t-il souvent ne pas écouter lorsqu'on lui parle personnellement (semble avoir l'esprit ailleurs même sans distraction évidente) ?				
	Votre enfant est-il agité ?				
	A-t-il des difficultés pour rester assis lorsque cela est nécessaire (ex : jeux calmes, repas, histoires) ?				
	Se met-il en danger ?				
	Se met-il en colère à la moindre contrariété ?				
	Est-ce que vous évitez de faire certaines activités avec lui du fait de son comportement (courses, aller au parc)				
REGULATION EMOTIONNELLE & COMPORTEMENT	Est-il bagarreur ?				
	Est-il contrarié par des changements dans sa routine ou ses habitudes ?				
	Votre enfant présente-t-il des mouvements /gestes/paroles répétitifs ? (Balancements, répétition de phrase ou de mot en écho, mouvements des mains...) Si oui, précisez :				
	Présente-t-il des intérêts particuliers pour son âge ? Est-il fasciné par un sujet particulier ou inhabituel dont il est devenu expert ? Si oui, précisez :				
	Présente-t-il d'autres comportements qui vous inquiètent ? Si oui, précisez :				
	Est-ce que votre enfant	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
PARTICULARITES SENSORIELLES	ÉVITE certaines sensations (bruits, odeurs, lumières, textures alimentaires, sensations cutanées comme vêtements, étiquettes, contact...) Si oui, détaillez :				
	RECHERCHE certaines sensations (bruits, odeurs, lumières, textures alimentaires, sensations cutanées comme vêtements, étiquettes, contact...) Si oui, détaillez :				
RELATIONS SOCIALES	Votre enfant a-t-il du plaisir à jouer avec les enfants de son âge ?				
	A-t-il des difficultés pour regarder dans les yeux et maintenir un contact visuel ?				
	A-t-il des difficultés pour comprendre les émotions des autres ? (par exemple, ne console pas une personne triste)				
ECRANS	Combien de temps par jour votre enfant regarde ou joue à un écran (TV, ordinateur, tablette, téléphone, jeux vidéo...) ?				

PCO DOSSIER FAMILLE

Quels sont les points forts de votre enfant ? / Remarques/Commentaires

PARTAGE D'INFORMATIONS ET COORDINATION DU PARCOURS

Dans le cadre des parcours de soins au sein de la PCO TND, les données issues du suivi de chaque patient sont informatisées sur une plateforme de santé sécurisée.

Le dossier de chaque patient a pour objectif le recueil, le partage et l'échange d'informations médicales, entre les différents professionnels de santé choisis.

En sollicitant la PCO TND, je reconnais que les différents professionnels (médecin adresseur, coordinateur de soins, libéraux, unité hospitalière...) impliqués dans le suivi de mon enfant participent à une équipe de soins telle que définie par l'Article L. 1110-12 du code de la santé publique et j'accepte dès lors que ces professionnels partagent et échangent les informations nécessaires à la coordination et la prise en charge de mon enfant (évaluations et bilans médicaux concernant l'enfant), dans le respect du secret professionnel partagé.

Signatures des parents (la signature des deux parents est indispensable) :

Mère/Parent 1

Père/Parent 2

COUVERTURE ASSURANCE MALADIE :

Joindre impérativement l'attestation de sécurité sociale sur laquelle figure votre enfant (recto/verso)

A transmettre à la Plateforme de Coordination et d'Orientation

[Reçu le/...../.....]