

DOSSIER MEDICAL POUR DEMANDE PCO 0-12

Chère consœur, Cher confrère,

Vous adressez un enfant vers la PCO, pour une suspicion de Trouble du NeuroDéveloppement.

La plateforme vous accompagnera dans le parcours diagnostique de votre jeune patient. Vous resterez le médecin référent de l'enfant.

Pour analyser les besoins de votre patient, l'équipe de coordination de la PCO a besoin d'éléments médicaux qui ne sont pas précisés dans le carnet de repérage :

- **ATCD familiaux.**
- **ATCD personnels** (grossesse, naissance, ATCD médico-social).
- **Examen clinique** (examen cutané, examen neurologique, variants morphologiques).
- Conditions de vie particulières (si besoin de précisions).

Ces éléments peuvent être renseignés dans le formulaire ci-joint, ou dans un compte rendu de consultation, ou un courrier détaillé reprenant ces informations.

Les parents sont d'accord pour sollicitation de la PCO : OUI NON

Nom du médecin :

Adresse postale :

Téléphone :

Mail (obligatoire) :

Nom de l'enfant :

Prénom :

Date de naissance : / /

Lieu de naissance :

Sexe : Masculin Féminin

Situation de la famille (parents vivants dans le même foyer, séparés, famille monoparentale, famille recomposée, famille d'accueil) :

Depuis quand/quel âge connaissez-vous l'enfant ?

Le voyez-vous régulièrement en consultation ? OUI NON

De qui émanent les inquiétudes ? Médecin Famille Ecole autre :

DOSSIER MEDICAL POUR DEMANDE PCO 0-12

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

| | ATCD médico-chirurgicaux | ATCD de troubles des apprentissages |
|-----------------------------------|---------------------------------|--|
| Père/Parent 1 | | |
| Mère/Parent 2 | | |
| Autre membre de la famille | | |

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

GROSSESSE

Normale ? OUI NON

Si NON, précisez : (grossesse multiple, FIV, RCIU, MAP, infection néonatale, prise de toxique ...)

NAISSANCE

Accouchement (normal, césarienne...) :

Age gestationnel : SA (entre 24 et 42)

Poids de naissance : Taille : PC : Apgar : PEA :

| | | |
|---------------------|------------------------------|------------------------------|
| Anoxie périnatale ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
|---------------------|------------------------------|------------------------------|

| | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Hospitalisation en période néonatale ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
|--|------------------------------|------------------------------|

| | | |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Dépression du post-partum ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|

Commentaires période périnatale (hospitalisation, pathologie maternelle ...)

ATCD de l'enfant (sur le plan sensoriel, médico-chirurgical, hospitalisations antérieures, Traitements...)

Si oui, précisez :

| | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
|------------------------------|------------------------------|

Merci de nous transmettre l'ensemble des comptes rendus utiles pour le parcours diagnostic TND

DOSSIER MEDICAL POUR DEMANDE PCO 0-12

EXAMEN SOMATIQUE

| | | |
|---------|----------|------|
| Poids : | Taille : | PC : |
|---------|----------|------|

| | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------------|
| PRESENCE DE PARTICULARITES MORPHOLOGIQUES | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Si oui, précisez : | | |
| EXAMEN SOMATIQUE GENERAL | <input type="checkbox"/> NORMAL | <input type="checkbox"/> PATHOLOGIQUE |
| Si pathologique, précisez : | | |
| EXAMEN NEUROLOGIQUE (ROT ? paires crâniennes ? anomalie de la marche ? anomalie du tonus ? signe focal éventuel ? doute sur épilepsie etc...) | | |
| Si pathologique, précisez : | | |
| EXAMEN CUTANE | <input type="checkbox"/> NORMAL | <input type="checkbox"/> PATHOLOGIQUE |
| Si pathologique, précisez : | | |

| | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Avez-vous déjà sollicité une consultation spécialisée et/ou des bilans spécialisés (médical, paramédical) ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Si oui lesquels (merci de nous adresser les CR antérieurs) | | |

DOSSIER MEDICAL POUR DEMANDE PCO 0-12

COMPORTEMENT PENDANT L'EXAMEN

| | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Normal | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Si NON, précisez : tics, bégaiement, difficultés de contact oculaire, trouble du contact, opposition, colères... | | |

CONCLUSION

| |
|--|
| Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ? |
| Quelles sont vos préconisations ? |

| | | |
|--|--|--|
| Avez-vous adressé l'enfant à une autre structure ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui : laquelle ? | Serez-vous le médecin référent de l'enfant ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON ->Merci de nous indiquer dans ce cas qui sera le médecin référent : | Avez-vous déjà fait un certificat médical MDPH pour cet enfant ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, pour quelles aides et pour quelle situation de handicap ? |
|--|--|--|

Signature du médecin

A transmettre à la Plateforme de Coordination et d'Orientation