

Charte de fonctionnement de la PCO 47

La PCO accompagne les interventions précoces et coordonnées de professionnels soignants, pour les enfants de 0 à 12 ans, présentant des signes de troubles du neuro-développement.

Ces interventions doivent permettre de lever le doute ou de progresser dans le diagnostic, tout en prévenant le sur-handicap.

Dans le cadre de ce parcours de soins, le médecin qui vous adresse à la plateforme, reste le référent de la prise en charge de l'enfant :

- Il fait un retour du/des diagnostic(s) et des préconisations de soins à l'enfant et sa famille, après validation du dossier par la PCO.
- Il est destinataire des comptes rendus de bilans et de prises en charge de l'enfant.
- Il est le garant du parcours coordonné avec l'appui de l'équipe de la plateforme.

Les professionnels qui peuvent être mobilisés dans le cadre de l'accompagnement par la PCO sont :

- Des professionnels libéraux conventionnés (médecins, orthophonistes, orthoptistes, kinésithérapeutes...),
- Des professionnels libéraux non conventionnés (psychomotriciens, psychologues et ergothérapeutes),
- Les professionnels des établissements partenaires de la plateforme.

Les soins dispensés dans le cadre du parcours sont pris en charge par l'Assurance Maladie.

La signature de la présente charte implique l'acceptation des échanges interprofessionnels concernant le parcours PCO de votre enfant dans le respect du secret médical.

Les informations recueillies au sein de la PCO ne pourront être utilisées en dehors des objectifs spécifiques de la plateforme, qu'il s'agisse des données médicales, des données socio-économiques ou de la situation familiale. A l'issue du parcours PCO l'intégralité du dossier sera transféré à la structure de soins relais, sauf demande contraire de votre part formulée par écrit au directeur de la PCO.

Le parcours PCO a valeur d'engagement.

Pour éviter toute perte de chance, la démarche diagnostique doit s'engager au plus vite. À ce titre il est indispensable d'honorer les rendez-vous fixés dans le cadre des bilans et évaluations initiaux.

En cas d'absence, les parents doivent annuler le rendez-vous au plus tard la veille auprès des professionnels, dans le cas de deux rendez-vous non honorés, il pourra être mis fin au parcours.

Nous soussignés :

Madame/Monsieur :

Monsieur/ Madame :

Respectivement représentants légaux de l'enfant :

Né(e) le :, certifie avoir pris connaissance de la charte de fonctionnement de la plateforme de coordination et d'orientation de Lot-et-Garonne et m'engage à la respecter.

Date :

Signature des parents ou des représentants légaux

L'ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance : Âge :

Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin

Mode de garde : ☐ Maison ☐ Assistante Maternelle
☐ Crèche ☐ Autre :

EMPLOI DU TEMPS DE VOTRE ENFANT

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin					
Après-midi					

Scolarité (classe/école/ville) :

Présence d'une AESH (AVS) : ☐ OUI ☐ NON Nombre d'heures ?

L'enfant a-t-il déjà redoublé ? ☐ OUI ☐ NON Quelle classe ?

**SI DES DIFFICULTES SONT OBSERVEES EN MILIEU SCOLAIRE, MERCI DE TRANSMETTRE LE GEVA-SCO
(EQUIPE DE SUIVI DE SCOLARITE) OU UNE OBSERVATION ECRITE DE LA PART DE L'EQUIPE ENSEIGNANTE.**

ANTÉCEDENTS PERSONNELS

Grossesse

Grossesse à risque / complications :

☐ OUI

☐ NON

Si oui, précisez : (PMA ? Grossesse multiple ? Infection anténatale ?)

Prise de médicaments durant la grossesse :

☐ OUI

☐ NON

Si oui, précisez :

Prise de toxiques durant la grossesse :

☐ OUI

☐ NON

Si oui, précisez (tabac ? alcool ? drogue ? ...) :

Naissance

Durée de votre grossesse ? (en mois ou en semaines) :

Accouchement :

☐ voie basse non instrumentale

☐ césarienne non programmée

☐ voie basse instrumentale

☐ césarienne programmée

En cas de césarienne, précisez la cause :

L'état de l'enfant a-t-il nécessité des gestes techniques spécialisés ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, précisez :

A la naissance :

Poids : Taille : Périmètre crânien :

Apgar à 1 minute : Apgar à 5 minutes :

Âge d'acquisition

Position assise : ☐ OUI ☐ NON Âge d'acquisition :

Marche acquise : ☐ OUI ☐ NON Âge d'acquisition :

Propreté diurne (la journée): ☐ OUI ☐ NON Âge d'acquisition :

Propreté nocturne : ☐ OUI ☐ NON Âge d'acquisition :

Langage :

Âge 1ers mots :

Exemple :

Âge 1^{ères} phrases :

Exemple :

ANTÉCÉDENTS MEDICAUX

- Allergies ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui précisez :

- Troubles du sommeil : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, précisez (endormissement tardif ? sommeil agité ? Réveil nocturne ? Hypersomnie ? ...)

- Troubles de l'alimentation : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, précisez (Difficulté à l'allaitement ? Succion ? Morceaux ? Textures ? Hyper sélectivité ? ...) :

L'enfant a-t-il déjà réalisé un bilan ou un suivi ?

☐ Orthophonie

Si oui, précisez le motif, avec qui et durée : **(Merci de joindre le compte rendu)**

☐ Psychomotricité

Si oui, précisez le motif, avec qui et durée : **(Merci de joindre le compte rendu)**

☐ Ergothérapie

Si oui, précisez le motif, avec qui et durée : **(Merci de joindre le compte rendu)**

☐ Psychologue

Si oui, précisez le motif, avec qui et durée : **(Merci de joindre le CR)**

☐ Autre (CAMSP, CMPEA, Pédopsychiatre ?)

Si oui, précisez le motif, avec qui et durée : **(Merci de joindre le CR)**

À joindre à ce document :

- ☐ Attestation de carte Vitale
- ☐ Pièce d'identité de l'enfant ou livret de famille
- ☐ Pièce(s) d'identité parent(s) ou représentant légal(aux)
- ☐ Une photo de l'enfant
- ☐ La page double du carnet de santé intitulé « NAISSANCE »



Charte et documents à retourner à la Plateforme

Par courrier

PCO47
36 rue de Barleté
47000 Agen



Par mail

pco.47@algeei.org



SITUATION FAMILIALE

Le représentant légal

Situation parentale : ☐ En couple/marié(e)s ☐ Séparé(e)s / Divorcé(e)s
☐ Veuf(ve)

Quels sont les détenteurs de l'autorité parentale ?

☐ Conjointe (parent 1 et 2) ☐ Parent 1 (uniquement)
☐ Parent 2 (uniquement) ☐ Autres :

Parent 1

Nom/prénom :

Date de naissance :

Profession :

Numéro de téléphone :

Mail de contact :

Adresse postale :

Parent 2 :

Nom/prénom :

Date de naissance :

Profession :

Numéro de téléphone :

Mail de contact :

Adresse postale (si différente du parent 1) :

Autre représentant légal :

Nom/prénom :

Fonction/lien de parenté avec l'enfant :

Date de naissance :

Profession :

Numéro de téléphone :

Mail de contact :

Adresse postale :

Frère(s) et/ou sœur(s) de l'enfant

Nom, Prénom : Date de naissance : Scolarisation / situation professionnelle :	Nom, Prénom : Date de naissance : Scolarisation / situation professionnelle :
Nom, Prénom : Date de naissance : Scolarisation / situation professionnelle :	Nom, Prénom : Date de naissance : Scolarisation / situation professionnelle :
Nom, Prénom : Date de naissance : Scolarisation / situation professionnelle :	Nom, Prénom : Date de naissance : Scolarisation / situation professionnelle :

AUTORISATION DROIT A L'IMAGE

Nous soussignés :

Madame/Monsieur :

Monsieur/ Madame :

Respectivement représentants légaux de l'enfant :

Né(e) le :

autorisons la Plateforme de Coordination et d'Orientation de Lot-et-Garonne à :

- Faire figurer dans le dossier médical, la photographie d'identité de mon enfant afin de faciliter l'identification du dossier et à usage interne uniquement.	☐ OUI	☐ NON
- Filmer mon enfant lors des bilans diagnostics dans le strict respect du secret professionnel et à usage interne uniquement.	☐ OUI	☐ NON

Fait à

Le

Signature des parents ou des représentants légaux