

Questionnaire Médical PCO 47

(À remplir par le médecin)

**Pour faciliter les échanges entre vous et la PCO, merci de bien vouloir nous communiquer votre adresse e-mail.
Nous vous tiendrons informé de chaque étape du parcours.**

Adresse-mail sécurisée du médecin adresseur :

L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Âge :

Sexe : ☐ Masculin

☐ Féminin

ANTECEDENTS FAMILIAUX

Parent 1

Nom et Prénom :

Antécédents médicaux, chirurgicaux, obstétricaux?

Antécédents psychiatriques, Neuro-développementaux ?

Antécédents familiaux ?

Parent 2

Nom et Prénom :

Antécédents médicaux, chirurgicaux, obstétricaux?

Antécédents psychiatriques, Neuro-développementaux ?

Antécédents familiaux ?

Fratrie

Antécédents médicaux, chirurgicaux, obstétricaux?

Antécédents psychiatriques, Neuro-développementaux ?

Antécédents familiaux ?

Un diagnostic a-t-il été posé ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, préciser :

Examen Somatique

Taille :

Poids :

IMC :

• Particularités morphologiques/cutanées : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, précisez [CRANE (microcéphalie, macrocéphalie, anomalie de forme) VISAGE, MEMBRES, RACHIS (Anomalie de la statique vertébrale (scoliose, cyphose, hyperlordose, etc....), Signes de dysgraphie (touffe de poils, fossette sacro coccygienne, etc....)), LIGNE MEDIANE (luette bifide, hernie ombilicale, etc.... / anomalie de pigmentation et /ou d'élasticité, taches café au lait, taches achromiques, lentigines, neurofibromes, ...)]

• Avez-vous réalisé un examen cutané complet ?

☐ OUI ☐ NON

Antécédents médicaux et chirurgicaux personnels

- Problème ORL : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, précisez (otites à répétition, pose d'ATT, amygdalectomie, adénoïdectomie... ?) :

- Un audiogramme a-t-il été effectué ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, précisez avec qui, date et résultat :

- Un bilan ophtalmologique a-t-il été effectué ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, précisez avec qui, date et résultat :

- Problème moteur : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, précisez :

- L'enfant a-t-il effectué de la rééducation en kinésithérapie ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, précisez avec qui et la durée :

- Autres antécédents médicaux ou chirurgicaux ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, précisez :

- Examen de génétique médical ☐ OUI ☐ NON

Si oui, précisez :

- Traitements médicaux ? ☐ OUI ☐ NON

Précisez :

- Une consultation neuro-pédiatrique a-t-elle été réalisée ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, merci de joindre le CR

MDPH

Notification MDPH :

☐ OUI ☐ NON

☐ Demande en cours, date :

Si oui ou en cours, précisez la nature de la demande :

☐ PCH ☐ AEEH et complément

☐ AESH ☐ Autres :

Signaux d'alerte/ Commentaires :

(Précisez : mode de recueil de l'information, tests ou grilles utilisées si différents de la grille stratégie nationale autisme/TND - antécédents, environnement psychosocial, bilans antérieurs ...)

Autres appréciations

Autres éléments qu'il vous semble nécessaires de porter à notre information ?

Pour permettre aux professionnels de santé d'échanger les informations et documents nécessaires à la coordination des soins, la famille donne son accord pour que les informations relatives au suivi de leur enfant puissent être partagées entre le médecin adresseur et les professionnels de la PCO.

Aucune information recueillie au sein de la PCO ne pourra être utilisée en dehors des objectifs spécifiques de la plateforme, qu'il s'agisse des données médicales ou personnelles.

☐ La famille autorise cet échange d'informations/documents.

Nom du médecin traitant si différent du médecin adresseur :

Date :

Nom et signature du médecin

Envoyez ce document par mail (*mail sécurisé*), rempli et signé ainsi que la grille de repérage à l'adresse suivante : pco.47@algeei.org