

Nom de l'enfant :	Sexe :	Fille	Garçon
Prénom :	Nationalité :		
Date de naissance :	Lieu :		
Adresse :			
N° d'immatriculation (sécurité sociale) + clé de l'enfant :			

### Situation parentale :

Mariés    Vie maritale    Séparés    Divorcés    N'ayant jamais vécu ensemble    Autre

### Renseignements administratifs

Situation actuelle (vous avez la possibilité de cocher plusieurs cases) :

Famille    Famille d'accueil    Foyer ASE (Aide Sociale à l'Enfance)

<b>PARENT 1</b>	Décédé :	Oui	Non	<b>PARENT 2</b>	Décédé :	Oui	Non
NOM :				NOM :			
Prénom :				Prénom :			
Date de naissance :		à		Date de naissance :		à	
Adresse (si différente de celle du mineur) :				Adresse (si différente de celle du mineur) :			
Profession :				Profession :			
Téléphone :				Téléphone :			
E-mail :				E-mail :			
<i>Obligatoire</i>				<i>Obligatoire</i>			
Autorité parentale :	Oui	Non		Autorité parentale :	Oui	Non	

### AUTRE RESPONSABLE LÉGAL (personne physique ou morale)

NOM :	Autorité parentale :	Oui	Non
Prénom :	Lien avec l'enfant :		
Organisme :	Fonction :		
Adresse :	Profession :		
Téléphone 1 :	Employeur :		
Téléphone 2 :	E-mail :		
	<i>Obligatoire</i>		

Mode de garde (Avant scolaire) :

Scolarisé :        Oui        Non

Si oui, précisez (classe, école...) :

Présence d'une aide humaine (ex : AESH) :    Oui    Non    Nombre d'heure ?

L'enfant a-t-il déjà redoublé ?        Oui        Non        Quelle classe ?

	Antécédents médicaux, chirurgicaux, obstétricaux ?	Antécédents psychiatriques, neuro-développementaux ?	Antécédents familiaux ?
Père			
Mère			
Fratrie			

## ANTÉCÉDENTS PERSONNEL

### 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 :

Âge gestationnel :        SA

Accouchement :        voie basse non instrumental extraction  
                                  voie basse instrumentale

césarienne programmée  
césarienne en urgence

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 :

Hospitalisation néonatale : Oui, durée : Non

Réanimation néonatale : Oui, durée : Non

Poids : Taille : PC :

Apgar à 1 minutes : Apgar à 5 minutes : Apgar à 10 minutes :

### **Antécédents médicaux, 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 En attente (prescription faite)

*Si oui, précisez avec qui, date et résultat :*

Problème Visuel : Oui Non

*Si oui, précisez :*

Un bilan ophtalmologique a-t-il été effectué ? Oui Non En attente (prescription faite)

*Si oui, précisez avec qui, date et résultat :*

Un bilan orthoptique a-t-il été effectué ? Oui Non En attente (prescription faite)

*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 / hospitalisations ?** Oui Non

*Si oui, précisez :*

Antécédents chirurgicaux ? Oui Non *Si oui, précisez :*

Allergies ? Oui Non *Si oui, précisez :*

Prend-t-il un traitement ? Oui Non *Si oui, précisez :*

## L'enfant a-t-il déjà réalisé un bilan ou un suivi en :

Orthophonie

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

Psychomotricité

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

Ergothérapie

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

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)**

## EXAMEN SOMATIQUE

Taille :

Poids :

IMC :

**Troubles du sommeil :** Oui Non

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

Éléments en faveur d'apnée du sommeil : Oui Non

**Troubles de l'alimentation :** Oui Non

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

**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, ...]

Une consultation neuropédiatrique a-t-elle été réalisée ? Oui Non

Si oui, merci de joindre le CR.

## ÉLÉMENTS DE DÉVELOPPEMENT

Station assise :	Oui	Non	Âge d'acquisition :	
Marche acquise :	Oui	Non	Âge d'acquisition :	
Propreté diurne :	Oui	Non	Âge d'acquisition :	
Propreté nocturne :	Oui	Non	Âge d'acquisition :	
<b>Langage :</b> Âge 1ers mots :			Âge 1ères phrases :	
Il y a-t-il eu perte de compétences qu'il avait acquises ?	Oui	Non		

## AUTRES

### Commentaires :

*(Préciser le cas échéant : environnement psychosocial, bilans antérieurs...)*

**Avec l'accord du représentant légal de l'enfant, ce document est remis au représentant à la plateforme. Un double lui est remis le :**

## MAISON DÉPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPÉES

**Notification MDPH :** Oui Non Demande en cours

*Si la demande est en cours, précisez la date de dépôt du dossier :*

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

*AEEH et complément*

*PCH*

*AESH*

*Autres*

## Adressage :

« Je propose un parcours de bilan et/ou d'interventions précoces à adapter en fonction des capacités de l'enfant à prendre en charge par la plateforme de coordination et d'orientation des parcours de bilan et intervention précoce. »

## GRILLE DE REPÉRAGE

Grille de repérage renseignée en annexe :

Oui Non

Date

6 mois

12 mois

18 mois

24 mois

3 ans

4 ans

5 ans

6 ans

## 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.*

Cocher la case si la famille est opposée à cet échange d'informations/documents

Date

Nom du médecin ou de la structure (Avec numéro RPPS) ou numéro FINESS établissement :

Dossier à renvoyer :

- par Messagerie de Santé Sécurisée (MSS) de préférence : [pco-40@na.mssante.fr](mailto:pco-40@na.mssante.fr) (pour le personnel et les structures médicales disposant d'une adresse MSS)
- ou par courrier à l'adresse suivante : PCO TND 40 - 16 Rue des Abeilles - 40100 DAX
- ou par ViaTrajectoire

Pour tous renseignements, contacter la PCO TND 40 par téléphone au 0809 109 109 ou par mail à [cde40.pco@landes.fr](mailto:cde40.pco@landes.fr).