

Plateforme Troubles du Neuro Développement 0-12 ans

Docteur Thierry Maffre
Pédopsychiatre
RPPS 10002896735

Docteur Sophie Chaminade
Neuropédiatre
RPPS10002903671

Docteur Alice Tourrenc
Médecin généraliste
DU troubles des apprentissages
RPPS10002902913

DOSSIER DE RENSEIGNEMENTS

Plateforme TND 0-12 ans

Date de retour (*ne pas remplir*) :

NOM (tel que sur l'acte de naissance) :

Prénom (tel que sur l'acte de naissance) :

Né(e) le : à : Sexe : Féminin Masculin

Adresse :

Code postal/ Ville :

N° de Sécurité Sociale du responsable légal :

Caisse d'Assurance Maladie :

Mutuelle :

Responsables légaux (tous les titulaires de l'autorité parentale doivent être mentionnés ainsi que leurs coordonnées respectives) :

Situation familiale : en couple, séparés, autre.

Parent 1

Nom / Prénom :

Date de naissance :

Tél :

Adresse si différente de celle de l'enfant :
.....

Mail :

Profession :

Parent 2

Nom / Prénom :

Date de naissance :

Tél :

Adresse si différente de celle de l'enfant :
.....

Mail :

Profession :

Autre responsable légal (préciser)

Nom : Prénom :

Date de naissance : Profession :

Adresse :

Tél : Mail :

Fratrie de l'enfant :

Nom : Nom :

Prénom : Prénom :

Date de naissance : Date de naissance :

Nom : Nom :

Prénom : Prénom :

Date de naissance : Date de naissance :

Nom : Nom :

Prénom : Prénom :

Date de naissance : Date de naissance :

ACCORD PARENTAL

Mr **et** Mme _____, autorisent la mise en place des soins proposés par la Plateforme des troubles du neuro développement.

Date et signature : _____

Mr **ou** Mme _____, autorise la mise en place des soins proposés par la Plateforme des troubles du neuro développement. **et s'engage à informer le second parent**, Mr ou Mme _____ de la mise en place des soins proposés par la Plateforme des troubles du neuro développement.

Date et signature : _____

Mr ou Mme _____, **seul représentant légal** de l'enfant, autorise la mise en place des soins proposés par la Plateforme des troubles du neuro développement

Date et signature : _____

**DEMANDE D'AUTORISATION PARENTALE DE PARTAGER ET D'ARCHIVER LE
DOSSIER MEDICAL DE L'ENFANT VIA OCCITADYS / SPICO.**

En cochant cette case j'autorise la création du dossier médical de mon enfant sur la plateforme de travail régionale nommée « SPICO ». Cette plateforme permet la coordination de la prise en charge de votre enfant et de partage des informations le concernant avec les différents professionnels qui vont l'accompagner tout au long de son parcours de soins. Si besoin, vous pouvez solliciter nos services pour des notices d'informations complémentaires.

**DEMANDE D'AUTORISATION PARENTALE D'UTILISER UNE
PHOTOGRAPHIE NUMÉRIQUE
DU PATIENT DANS LE CADRE DU DOSSIER MÉDICAL INFORMATISÉ**

Madame, Monsieur,

Nous souhaitons obtenir votre autorisation afin d'utiliser une photographie de votre enfant.

A cet effet nous vous demandons de nous fournir une photographie récente de votre enfant.

Cette image sera utilisée dans le dossier médical informatisé afin d'assurer un élément supplémentaire pour l'Identitovigilance (système de surveillance et de gestion des risques et erreurs liés à l'identification des patients). Cette photographie est destinée à une utilisation exclusivement professionnelle, elle ne sera ni communiquée à d'autres personnes, ni vendue, ni utilisée à d'autres usages, dans le respect du formalisme de la loi Informatique et Libertés, avec l'autorisation de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

Vous pourrez à tout moment vérifier l'usage qui en est fait et disposer du droit de retrait de cette photographie si vous le jugez utile. Par conséquent, vous voudrez bien compléter le formulaire ci-dessous nous autorisant à utiliser la photo de votre enfant et à la mettre à disposition dans le dossier médical informatisé de l'établissement.

Je soussigné(e) Mme - Mr (préciser le nom et le prénom) :

Agissant en qualité de Père - Mère - Autre :

mon fils - ma fille - autre (précisez le nom et prénom) :

Donne mon accord pour l'utilisation de la photo de l'enfant dans le dossier patient informatisé du Centre Hospitalier Spécialisé Pierre Jamet :

Date et signature : _____

AFIN DE MIEUX CONNAÎTRE LE PARCOURS DE SOINS DE VOTRE ENFANT

Qui vous a orienté sur notre consultation ?

- Médecin généraliste *Préciser le nom :*
- Pédiatre *Préciser le nom :*
- Structure qui accueille l'enfant *Préciser la structure :*
- Autre professionnel de santé *Préciser le nom et la fonction :*
- Initiative familiale
- Autre, préciser :

Votre enfant bénéficie-t-il ou a-t-il bénéficié d'un suivi par l'une des structures ci-dessous ? Merci de nous en préciser les coordonnées.

	Si OUI (Date arrêt ou cocher « en cours »)	Nom	Téléphone et mail
Hôpital de jour	Date arrêt : En cours <input type="checkbox"/>		
CAMSP / CMP / CMPP / / CATTP	Date arrêt : En cours <input type="checkbox"/>		
IME / ITEP / IME / SESSAD /	Date arrêt : En cours <input type="checkbox"/>		
PMI	Date arrêt : En cours <input type="checkbox"/>		
Maison du département	Date arrêt : En cours <input type="checkbox"/>		

Pourquoi demandez-vous des soins auprès de la plateforme ? Quelles sont les difficultés que vous rencontrez avec votre enfant ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Votre enfant a-t-il déjà rencontré un médecin ou professionnel de santé ?

Spécialité	Nom et prénom	Date	Adresse postale / Téléphone / Mail
MEDECIN			
Généraliste			
Pédiatre			
Pédopsychiatre			
Neuropédiatre			

Si oui, a-t-il/elle posé un/des diagnostic(s) pour votre enfant ? Le(s)quel(s)

.....

Votre enfant prend-il un traitement médicamenteux ? Si oui, lequel et quel est le médecin prescripteur ?.....

Quels sont les bilans déjà réalisés pour votre enfant ?

Merci de nous communiquer les comptes rendus

	Date des bilans :	Suivi en cours ?	Nom / Prénom Adresse postale / Téléphone / Mail
Orthophoniste		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Psychomotricien		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Psychologue		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Ergothérapeute		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Educateur		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
ORL		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Ophtalmologue		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Orthoptiste		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<u>Autres :</u> (consultation génétique / bilan radio (IRM, scanner)			

Quelles sont les principales préoccupations des professionnels au sujet de votre enfant ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Acceptez-vous que l'équipe de la plateforme échange avec les structures qui accueillent votre enfant afin de mieux connaître votre situation et vos besoins ? OUI NON

Nous vous remercions de solliciter les intervenants actuels pour nous adresser tout renseignement utile et de nous faire parvenir tous les comptes rendus en votre possession, y compris de néonatalogie, de réanimation...

EMPLOI DU TEMPS DE VOTRE ENFANT (école, soins, crèche, assistante maternelle...)

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin					
Après-midi					

LA SOCIALISATION DE VOTRE ENFANT

Si votre enfant n'est pas encore scolarisé, quel est son mode de garde ?

- Assistante maternelle Crèche / halte-garderie Maison

Votre enfant participe-t-il à des activités extrascolaires ou de loisirs ? OUI NON

Lesquelles ?

Votre enfant est-il scolarisé ? OUI NON

Les enseignants/professionnels travaillant à l'école vous ont-ils fait part de difficultés ?

- OUI / NON

Si la réponse à cette question est « OUI » il est INDISPENSABLE de nous transmettre une observation écrite de la part de l'équipe enseignante (ou le GEVASCO si une réunion scolaire a déjà eu lieu).

Votre enfant bénéficie-t-il d'aide ou de soutien à l'école ?

- OUI / NON

Si oui, lesquels ?

Classe actuelle : Nom de l'établissement :

Nom de l'enseignant :

Ville où est scolarisé votre enfant :

Acceptez-vous que l'équipe de la plateforme échange avec l'équipe enseignante afin de mieux connaître votre situation et vos besoins ? OUI NON

ASPECTS ADMINISTRATIFS

Votre enfant est-il connu de la Maison Départementale des Personnes Handicapées ? (MDPH)

OUI NON DEMANDE EN COURS

Si oui, votre enfant bénéficie-t-il d'une Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé ? (AEEH)

OUI NON

Votre enfant bénéficie-t-il d'une prise en charge à 100% pour Affection Longue Durée (ALD) ?

OUI (date :) NON

Si oui, pathologie en lien avec l'ALD :

Merci de préciser l'identité du médecin traitant déclaré par le patient à la Caisse d'Assurance Maladie :

NOM :

Prénom :

Adresse :

Tél :