

**FICHE D’ADRESSAGE**

**« TROUBLES DU NEURODÉVELOPPEMENT (TND) »**

Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Les parents ont été informés de la transmission d’information :

[ ]  oui [ ]  non [ ]  ne sait pas

**PROFESSIONNEL DE SANTE\***

Prénom et Nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Médecin traitant ou autre : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse postale : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse mail sécurisée : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Avez-vous l’outil de coordination régional Santélien : [ ]  oui [ ]  non

Téléphone : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de la demande : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**ENFANT\***

Prénom et Nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Sexe de l’enfant : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Ville de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Mode de garde / Ecole fréquentée : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Barrière linguistique : [ ]  oui [ ]  non

**ENTOURAGE**

IDENTITES : Précisez noms, coordonnées (téléphone et adresse mail) et langue parlée si non française

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Parent 1 : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Parent 2 : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Situation : [ ]  monoparentale [ ]  garde alternée

Frère(s) et sœur(s) : Précisez nombre, le(s) prénom(s) et âge(s)

 Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

 Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Inquiétude parentale\*** : [ ]  oui [ ]  non [ ]  ne sait pas

**Si oui, depuis quand ?\*** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Souhait de diagnostic\*** : [ ]  oui [ ]  non [ ]  ne sait pas

**CONTEXTE DE LA DEMANDE**

**MOTIF(S) D’ADRESSAGE\***: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE EN PLACE\* :**

**Médecin traitant ou pédiatre traitant** : [ ]  oui [ ]  non

Si oui, précisez identité et coordonnées : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Suivi protection maternelle et infantile (PMI)** : [ ]  oui [ ]  non

Si oui, précisez identité et coordonnées : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Orthophoniste** : [ ]  oui [ ]  non

Si oui, précisez identité et coordonnées : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Psychomotricien** : [ ]  oui [ ]  non

Si oui, précisez identité et coordonnées : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Psychologue** : [ ]  oui [ ]  non

Si oui, précisez identité et coordonnées : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Kinésithérapeute** : [ ]  oui [ ]  non

Si oui, précisez identité et coordonnées : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Ergothérapeute** : [ ]  oui [ ]  non

Si oui, précisez identité et coordonnées : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Structure de soins (CMP, PDAP, CAMSP, autre…)** : [ ]  oui [ ]  non

Si oui, précisez identité et coordonnées : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Suivi spécialistes (neuropédiatre, pédopsychiatre, autre) :** [ ]  oui [ ]  non

Si oui, précisez identité et coordonnées : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Assistante sociale** : [ ]  oui [ ]  non

Si oui, précisez identité et coordonnées  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**TESTS ET BILANS RÉALISÉS**

**Évaluations cliniques TND : Date :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Livret TND** : [ ]  oui [ ]  non  Date de remise : Date ici

Résultat : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**MCHAT** :   [ ]  oui [ ]  non

Résultat : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Autres Bilans et observations cliniques** :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**BILAN(S) :**

**ORL** : [ ]  oui [ ]  non

Date et résultat : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**Audiogramme** : [ ]  oui [ ]  non

Date et résultat : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**Ophtalmologique** : [ ]  oui [ ]  non

Date et résultat : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**Autres** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Demande émise à la plateforme de coordination et d’orientation (PCO)** :

[ ]  oui [ ]  non

Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**ORIENTATIONS SOUHAITÉES\***

[ ]  Demande de Médecin traitant

[ ]  Demande d’avis en consultation par un médecin généraliste et/ou pédiatre référent TND au sein de la CPTS Paris Neuf

[ ]  Demande de Bilan +/- Rééducation :

 [ ]  Orthophoniste [ ]  Psychomotricien [ ]  Kinésithérapie

 [ ]  Neuropsychologue [ ]  Psychologue [ ]  Ergothérapeute

[ ]  Équipe éducative et comportementale avec supervision

[ ]  Services spécialisés hospitaliers

[ ]  Structure spécialisée : (CMP, CAMSP, Centre diagnostic, Autres : précisez) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

[ ]  Demande avis médecine scolaire

[ ]  PCO

[ ]  Aide au montage du dossier auprès de la maison départementale pour les personnes handicapées (MDPH)

[ ]  Autre : précisez le besoin souhaité Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Fiche d’adressage à envoyer :** **coordination@cptsparisneuf.mssante.fr**

\*Mentions obligatoires