

## TROUBLES DU NEURODÉVELOPPEMENT (TND)

### FICHE D'ADRESSAGE

**Date :**

**Les parents ont été informés de la transmission d'information :**

☐ oui

☐ non

☐ je ne sais pas

### LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ

Prénom et Nom :

Médecin traitant ou autre :

Adresse postale :

Adresse mail sécurisée :

Avez-vous l'outil de coordination régional Santélien : ☐ oui

☐ non

Téléphone :

Date de la demande :

### ENFANT\*

Prénom et Nom :

Date de naissance :

Sexe de l'enfant :

Ville de naissance :

Adresse :

Mode de garde / Ecole fréquentée :

Adresse :

Barrière linguistique : ☐ oui

☐ non

### ENTOURAGE

**IDENTITES :**

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

Parent 1 :

Parent 2 :

Situation : ☐ monoparentale ☐ garde alternée

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

|                          |                           |                           |                                      |
|--------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------------------------|
| Inquiétude parentale* :  | <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non | <input type="radio"/> je ne sais pas |
| Si oui, depuis quand ?*  |                           |                           |                                      |
| Souhait de diagnostic* : | <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non | <input type="radio"/> je ne sais pas |

## CONTEXTE DE LA DEMANDE

### EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE EN PLACE\* :

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

**Si oui, précisez identité et coordonnées :**

**Psychomotricien :    oui                                    non**  
**Si oui, précisez identité et coordonnées :**

**Kinésithérapeute :    oui                      non**  
**Si oui, précisez identité et coordonnées :**

Structure de soins (CMP, PDAP, CAMSP, autre...) :      oui                      non

Si oui, précisez identité et coordonnées :

**Assistante sociale :**      oui                      non  
**Si oui, précisez identité et coordonnées**

### Évaluations cliniques TND : Date :

**Livret TND :**    oui                      non              Date de remise :  
Résultat :

**MCHAT :**    oui                      non  
Résultat :

### Autres Bilans et observations cliniques :

### BILAN(S) :

**ORL :**    oui                      non  
Date et résultat :

**Audiogramme :**    oui                      non  
Date et résultat :

**Ophtalmologique :**    oui                      non  
Date et résultat :

### Autres :

**Demande émise à la plateforme de coordination et d'orientation (PCO) :**    oui                      non  
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) :

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

**Fiche d'adressage à envoyer :**  
**[coordination@cptsparisneuf.mssante.fr](mailto:coordination@cptsparisneuf.mssante.fr)**

**\*Mentions obligatoires**