

DOSSIER MEDICAL POUR DEMANDE PCO 0-12

Chère consœur, Cher confrère,

Vous adressez un enfant vers la PCO, pour une suspicion de Trouble du NeuroDéveloppement.

La plateforme vous accompagnera dans le parcours diagnostique de votre jeune patient. Vous resterez le médecin référent de l'enfant.

Pour analyser les besoins de votre patient, l'équipe de coordination de la PCO a besoin d'éléments médicaux qui ne sont pas précisés dans le carnet de repérage :

- **ATCD familiaux.**
- **ATCD personnels** (grossesse, naissance, ATCD médico-social).
- **Examen clinique** (examen cutané, examen neurologique, variants morphologiques).
- Conditions de vie particulières (si besoin de précisions).

Ces éléments peuvent être renseignés dans le **formulaire ci-joint**, ou dans un **compte rendu de consultation**, ou un **courrier détaillé reprenant ces informations**.

Les parents sont d'accord pour sollicitation de la PCO : **OUI** ☐ **NON** ☐

Nom du médecin : _____

Adresse postale : _____

Téléphone : _____

Mail (obligatoire) : _____

Nom de l'enfant : _____ **Prénom :** _____

Date de naissance : ____/____/____ **Lieu de naissance :** _____

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Situation de la famille (parents vivants dans le même foyer, séparés, famille monoparentale, famille recomposée, famille d'accueil) : _____

Depuis quand/quel âge connaissez-vous l'enfant ? _____

Le voyez-vous régulièrement en consultation ? ☐ OUI ☐ NON

De qui émanent les inquiétudes ? ☐ Médecin ☐ Famille ☐ Ecole ☐ autre :

DOSSIER MEDICAL POUR DEMANDE PCO 0-12

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

	ATCD médico-chirurgicaux	ATCD de troubles des apprentissages
Père/Parent 1		
Mère/Parent 2		
Autre membre de la famille		

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

GROSSESSE				
Normale ? Si NON , précisez : (<i>grossesse multiple, FIV, RCIU, MAP, infection néonatale, prise de toxique ...</i>)				
NAISSANCE				
Accouchement : (<i>normal, césarienne...</i>)				
Age gestationnel : _____ SA (<i>entre 24 et 42</i>)				
Poids de naissance :	Taille :	PC :	Apgar :	PEA :
Anoxie périnatale ?			☐ OUI	☐ NON
Hospitalisation en période néonatale ?			☐ OUI	☐ NON
Dépression du post-partum ?			☐ OUI	☐ NON
Commentaires période périnatale (<i>hospitalisation, pathologie maternelle ...</i>)				
ATCD de l'enfant (<i>sur le plan sensoriel, médico-chirurgical, hospitalisations antérieures, Traitements...</i>)			☐ OUI	☐ NON
Si oui , précisez :				

Merci de nous transmettre l'ensemble des comptes rendus utiles pour le parcours diagnostique TND

DOSSIER MEDICAL POUR DEMANDE PCO 0-12

EXAMEN SOMATIQUE

Poids : _____	Taille : _____	PC : _____
---------------	----------------	------------

PRESENCE DE PARTICULARITES MORPHOLOGIQUES	☐ OUI	☐ NON
--	------------------------------	------------------------------

Si **oui**, précisez :

EXAMEN SOMATIQUE GENERAL	☐ NORMAL	☐ PATHOLOGIQUE
---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------

Si **pathologique**, précisez :

EXAMEN NEUROLOGIQUE (ROT ? paires crâniennes ? anomalie de la marche ? anomalie du tonus ? signe focal éventuel ? doute sur épilepsie etc...)

Si **pathologique**, précisez :

EXAMEN CUTANE	☐ NORMAL	☐ PATHOLOGIQUE
----------------------	---------------------------------	---------------------------------------

Si **pathologique**, précisez :

Avez-vous déjà sollicité une consultation spécialisée et/ou des bilans spécialisés (<i>médical, paramédical</i>) ?	☐ OUI	☐ NON
---	------------------------------	------------------------------

Si oui lesquels (merci de nous adresser les CR antérieurs)

DOSSIER MEDICAL POUR DEMANDE PCO 0-12

COMPORTEMENT PENDANT L'EXAMEN

Normal	☐ OUI	☐ NON
Si NON, précisez : tics, bégaiement, difficultés de contact oculaire, trouble du contact, opposition, colères...		

CONCLUSION

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?
Quelles sont vos préconisations ?

Avez-vous adressé l'enfant à une autre structure ? ☐ OUI ☐ NON <i>Si oui : laquelle ?</i> _____
Serez-vous le médecin référent de l'enfant ? ☐ OUI ☐ NON <i>→ Merci de nous indiquer dans ce cas qui sera le médecin référent :</i> _____
Avez-vous déjà fait un certificat médical MDPH pour cet enfant ? ☐ OUI ☐ NON <i>Si oui, pour quelles aides et pour quelle situation de handicap ?</i> _____

Signature du médecin

A transmettre à la Plateforme de Coordination et d'Orientation