

# DOSSIER DE COORDINATION DE PARCOURS DE BILAN ET D'INTERVENTIONS PRECOCES

Plateforme de Coordination et d'Orientation 82

8 place du Bicentenaire-82000 MONTAUBAN

☎ 05 63 20 52 37

Ouvert le mercredi et vendredi, de 8h30 à 12h00 et de 13h30 à 16h00

## Liste des pièces à fournir à ce dossier :

- Attestation de droits de l'assurance maladie (*téléchargeable sur le site de votre caisse d'assurance maladie*), à défaut, copie de l'attestation de carte vitale
- Notification(s) MDPH, si vous en avez
- Copie des comptes rendus dont vous disposez.

## CONSENTEMENT POUR TRAITEMENT PERSONNEL

Je reconnais avoir été informé des modalités de fonctionnement de la Plateforme TND 82 et qu'un dossier informatisé sur la plateforme est constitué pour mon enfant. Ce dossier est accessible aux professionnels de santé choisis par les représentants légaux de l'enfant et aux professionnels de la Plateforme TND 82. Si la famille souhaite que certaines pièces du dossier restent confidentielles, elle doit en faire la demande par écrit au secrétariat. Les représentants légaux ont accès au dossier de leur enfant. Pour toute consultation, un rendez-vous doit être pris au secrétariat une semaine à l'avance.

J'accepte que les informations concernant mon enfant soient utilisées :

- de façon nominative par les professionnels intervenant dans le parcours de bilan et d'intervention coordonné pour lesquels j'aurai donné mon consentement, au bénéfice de son accompagnement (SPICO) ;
- de façon nominative auprès de la MDPH pour un relai de prise en charge financière
- de façon anonyme, aux organismes publics (CPAM, ARS), ainsi que pour des études et des travaux de recherche.

Date :

Signature du représentant légal 1  
Nom + prénom

Signature du représentant légal 2  
Nom + prénom

### Ouverture de droits MDPH

Avez-vous un dossier auprès de la MDPH ?

NON

OUI

Si oui n° de dossier :

Si en cours d'instruction, date de dépôt du dossier : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|



## L'ENVIRONNEMENT FAMILIAL ET SCOLARITE

### Situation parentale

- En couple  
 Séparé (e)  
 Divorcé(e)  
 Veuf / veuve  
 Famille monoparentale  
 Famille recomposée

#### Quels sont les détenteurs de l'autorité parentale ?

- Conjointe (parent 1 et parent 2)  
 Parent 1 uniquement  
 Parent 2 uniquement  
 Tuteur  
 Autre :

Profession Parent 1 : .....

Profession Parent 2 : .....

L'un des parents a-t-il été contraint de réduire son activité professionnelle ?  OUI  NON

### Mode d'hébergement de l'enfant

Description du mode d'Hébergement ou de garde (avec ses deux parents, en garde alternée, modalités...) :

### Fratrie

Nombre de frères et sœurs (Préciser pour chacun le nom, prénom, sexe et date de naissance)

- 
- 
- 
- 
- 

Un autre enfant de la fratrie a-t-il rencontré des difficultés dans son développement ?



## ELEMENTS MEDICAUX

### Orienté par :

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : |\_|\_|\_|\_|\_| Ville : .....

Téléphone fixe : |\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_| Tél portable : |\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|

### COMPOSITION DE LA FAMILLE :

Nombre d'enfants et d'adultes présents à la maison : .....

### ANTECEDENTS FAMILIAUX : troubles des apprentissages, autisme, problèmes de santé divers :

Père : .....

Mère : .....

Fratrie : .....

Entourage familial : .....

### GROSSESSE et NAISSANCE : prématurité, faible poids, enfant adopté ... :

PROBLEMES DE SANTE DANS LA FAMILLE : oui  non

Si oui, lesquels :

Age de la tenue assis stable sans aide : ..... Age de la marche sans aide : .....

TRAITEMENT EN COURS :  OUI  NON

Si oui, précisez :

## PROFESSIONNELS RENCONTRES

### Consultations spécialisées ou bilans

*Votre enfant a-t-il rencontré un des professionnels suivants ou un RV est-il prévu ?*



**Merci d'indiquer si vous autorisez ou non les professionnels indiqués ci-dessous à avoir accès au Dossier Patient Informatisé sécurisé de votre enfant.**

Spécialité		Nom du professionnel	Commune / Structure	Date (ou période, ou année)	<b>Autorisation (oui / non)</b>
<b>Médecins</b>	Généticien				
	Médecin Physique et de Réadaptation				
	Neuropédiatre Neurologue				
	Ophtalmologiste				
	ORL				
	Pédiatre				
	Pédopsychiatre				
<b>Professionnels</b>	Ergothérapeute				
	Kinésithérapeute				
	Neuropsychologue				
	Orthophoniste				
	Orthoptiste				
	Psychologue				
	Psychomotricien				
<b>Education Nationale</b>	Médecin de l'Education Nationale				
	Psychologue de l'Education Nationale				
Autre					

**Merci de nous transmettre les comptes-rendus réalisés par les professionnels citez ci-dessus.**