

ANTECEDENTS MEDICAUX

Antécédents médicaux familiaux: _____

Antécédents médicaux personnels (*historique de la maladie ou du handicap*): _____

Accouchement terme: _____
 dans quelles conditions: _____

RESULTATS DES EXAMENS

<p>ACUITE VISUELLE</p> <p>O D:</p> <p>O G:</p> <p>Précisez l'échelle utilisée:</p> <p>(avec correction, joindre le bilan)</p>	<p>ACUITE AUDITIVE</p> <p><input type="radio"/> normale</p> <p><input type="radio"/> anormale: indiquez la perte en décibels</p> <p>O D:</p> <p>O G:</p> <p>(sans correction, joindre copie de l'audiogramme)</p>	<p>Taille: _____</p> <p>Poids: _____</p> <p>Stade pubertaire: _____</p> <p>P C: _____</p>
--	--	---

En cas de déficience visuelle ou auditive avec un retentissement significatif, les bilans spécialisés sont indispensables.

PATHOLOGIE PRINCIPALE A L'ORIGINE DU HANDICAP Code CIM

PATHOLOGIE AUTRE (le cas échéant) _____

DESCRIPTION CLINIQUE DETAILLEE ACTUELLE

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

EVALUATION DE L'AUTONOMIE en tenant compte de l'âge de l'enfant

	AGE de l'enfant		
Peut manger seul	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	Peut mettre seul son appareil orthopédique (le cas échéant)
Peut boire seul	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	Peut se déplacer seul dans son logement (y compris en fauteuil)
Peut se coucher, se lever seul	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	En cas de danger, pourrait quitter seul son logement
Peut s'asseoir/se lever seul d'un siège	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	En cas de troubles psychiques, présente un danger pour lui-même ou pour autrui
Peut se vêtir/dévetir totalement seul	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	
Peut se vêtir/dévetir partiellement seul	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	
Peut se laver seul	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	
Peut aller uriner/aller à la selle sans aide	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	
Peut se relever seul en cas de chute	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	

N.B. important: Les renseignements complémentaires (tels que les comptes-rendus spécialisés ou d'hospitalisation, les résultats d'examens...) relevant strictement du secret professionnel pourront être joints à ce feuillet sous pli fermé "confidentiel médical" à l'attention du médecin de la commission.

SUIVIS EN COURS

	Nom du praticien	Fréquence du suivi
<input type="radio"/> pédiatrique	_____	_____
<input type="radio"/> psychologique	_____	_____
<input type="radio"/> pédopsychiatrique	_____	_____
<input type="radio"/> suivi ORL	_____	_____
<input type="radio"/> ophtalmologique	_____	_____
<input type="radio"/> orthophonique	_____	_____
<input type="radio"/> kinésithérapie	_____	_____
<input type="radio"/> psychomotricité	_____	_____
<input type="radio"/> aure (précisez):	_____	_____

CONTRE-INDICATIONS EVENTUELLES

- dans le cadre de vie quotidienne
- dans le cadre de la scolarité
- dans le cadre d'ateliers
- dans le cadre du sport

CONCLUSIONS DU BILAN ET PROPOSITIONS

examens ou avis spécialisés demandés _____ date du rendez-vous _____

rééducation(s), prise(s) en charge _____

à poursuivre à mettre en place
 à poursuivre à mettre en place



Synthèse des renseignements médicaux Nom, prénom de l'enfant

.....

