

CONFIDENTIEL

QUESTIONNAIRE DE DÉPISTAGE DU TROUBLE DU NEURODÉVELOPPEMENT

Cabinet pluridisciplinaire – 6 rue de Bellevue, 16710 SAINT YRIEIX

dispositifcameleon@gmail.com

Anne MOREAU
Médecin coordinatrice

Charline TRICOT
Éducatrice spécialisée

Sophie BIGUET
Neuropsychologue

Madame, Monsieur,

Vous avez fait une demande de DÉPISTAGE pour votre enfant. Afin d'enregistrer votre demande, nous vous remercions par avance de renvoyer ce document, accompagné des copies des comptes rendus d'examens médicaux, psychologiques et paramédicaux. Ce questionnaire n'a pas vocation à poser le diagnostic, c'est un recueil d'informations pour mieux vous connaître

IDENTITE DE VOTRE ENFANT

Nom

Prénom :

Sexe : F M Autre

Date de naissance :

Lieu de naissance :

N° Sécurité Sociale :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse :

Téléphones :

Email :

SITUATION PERSONNELLE

SITUATION FAMILIALE POUR VOUS, PARENTS :

- Célibataire
- Pacsé(e)
- Divorcé(e) Séparé(e)
- Marié(e)
- Concubinage
- Veuf(ve)
- Autre :

MODE DE VIE DE VOTRE ENFANT :

- Autonome
- Chez les parents
- Institution :
- Autre :

NOTIFICATION MDPH (pour votre enfant ?) : Oui Non

Si oui, laquelle :

.....
.....

PROTECTION JURIDIQUE : Oui Non

Si oui, laquelle (curatelle, tutelle...) :

.....
.....
.....

Un diagnostic vous a-t-il déjà été transmis ? Oui Non

Si oui, le(s)quel(s) ?

.....
.....

Qu'en pensez-vous ?

.....
.....
.....
.....
.....

ORIENTATION



Pour la réalisation de ce bilan, êtes-vous orienté par un professionnel ? Oui Non

Si oui, lequel ?

.....
.....

SUIVI ACCOMPAGNEMENT



Votre enfant bénéficie-t-il d'un suivi ou d'un accompagnement par un professionnel ?

Oui Non

Si oui, le(s)quel(s) ? *Exemple : orthophoniste, ergothérapeute, éducateur, psychologue*

.....
.....

Médecin traitant :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

PARCOURS DANS L'ENFANCE

Y-a-t-il eu un retard de langage ? Oui Non

Si oui préciser :

.....
.....

Y-a-t-il eu un retard dans d'autres acquisitions ? Oui Non

Si oui préciser :

.....
.....
.....
.....

Les parents, tuteurs ou les enseignants se sont-ils inquiétés dans l'enfance ? Oui Non

Si oui, préciser :

.....
.....
.....
.....

Y-a-t-il eu des difficultés pendant la scolarité ? Oui Non

Si oui préciser :

.....
.....
.....
.....

Y-a-t-il eu un ou des suivi(s) dans l'enfance ? Oui Non

Si oui, préciser le nom et l'adresse du professionnel.

Pédopsychiatre :

.....
.....

Psychologue :

.....
.....

Neuropsychologue :

.....
.....

Educateur :

.....
.....

Orthophoniste :

.....
.....

Ergothérapeute :

.....
.....

Psychomotricien :

.....
.....

Orthoptiste :

.....
.....

CMP :

.....
.....

Autres :

.....
.....

PARCOURS SCOLAIRE, ETUDES PROFESSIONNELLES, ETUDES SUPERIEURES, FORMATIONS

Scolarité en école maternelle et primaire :

- Ordinaire
- Etablissement spécialisé :
- Avec aménagements (AESH, Tiers temps SESSAD)
- Particularités (redoublement, déscolarisation), préciser :

.....

.....

Scolarité en collège et lycée :

- Ordinaire
- Etablissement spécialisé
- Avec aménagements (AESH, Tiers temps SESSAD)
- Particularités (redoublement, déscolarisation), préciser :

.....

.....

Quelle est votre situation actuelle, scolaire ou professionnelle ?

.....

.....

.....

.....

INFORMATION SUR LES AIDANTS

Dans le cadre de la démarche d'évaluation, il est prévu un entretien avec une personne et/ou des personnes ressources que vous aurez désigné au préalable (personne pouvant répondre à un questionnaire vous concernant, sur votre développement lors de la petite enfance, vers l'âge des 4-5 ans : petite section de maternelle.

Merci de nous préciser qui pourrait répondre à cette demande :

PARENT 1 ou substitut parental	PARENT 2 ou substitut parental	AUTRE Qui ? :.....
NOM :	NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :	Date de naissance :
Profession :	Profession :	Profession :
Téléphone :	Téléphone :	Téléphone :
Email :	Email :	Email :
Adresse domicile :	Adresse domicile :	Adresse domicile :

Nous vous remercions

OBSERVATIONS LIBRES :