



LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

- Attestation de droits CPAM (à télécharger sur AMELI.FR), à défaut, copie de l'attestation de carte vitale
- Notification(s) MDPH si vous en avez
- Copie des comptes rendus dont vous disposez.

COORDONNÉES DE L'ENFANT ET DE SA FAMILLE

NOM : **Prénom** : Sexe : F - G

Date de naissance : **Lieu de naissance** :

Adresse :

Code postal : **Ville** :

N° Sécurité sociale de l'enfant :

Nom et prénom de l'assuré (auquel l'enfant est rattaché) :

Numéro de sécurité sociale de l'assuré :

Caisse d'assurance maladie (CPAM, MSA, MGEN, ...) :

Nom mutuelle :

PARENT 1

NOM : **Prénom** :

Adresse :

Code postal : **Ville** :

Téléphone fixe : **Tél portable** :

Mail :

Activité professionnelle :

PARENT 2

NOM : **Prénom** :

Adresse (si différente) :

Code postal : **Ville** :

Téléphone fixe : **Tél portable** :

Mail :

Activité professionnelle :

Détenteur de l'autorité parentale : Conjointe (Parent 1 + Parent 2) Parent 1 Parent 2

Autre (à préciser) :

Est-ce qu'un des parents est salarié de la SNCF ? Oui Non

PARCOURS ACTUEL DE L'ENFANT

L'enfant est-il actuellement accompagné en CMP, CMPP ? Oui Non

Nom et coordonnées de la structure :
Médecin référent :

En-a-t-il bénéficié par le passé ? Oui Non

Nom et coordonnées de la structure :
Médecin référent :

L'enfant est-il actuellement inscrit sur la liste d'attente d'un CMP, CMPP ? Oui Non

Nom de la structure où l'enfant est inscrit sur liste d'attente :

Date de l'inscription sur liste d'attente :

Date prévisionnelle d'intégration :

Par quel médecin l'enfant est-il orienté vers la plateforme ?

NOM : **Prénom :**

Adresse :

Code postal : **Ville :**

Téléphone fixe : **Messagerie sécurisée :**

Pédiatre Généraliste Médecin scolaire PMI CAMSP CMP CMPP

Pour quelles raisons ?

.....

DROITS MDPH/ ALLOCATIONS

Un dossier MDPH a-t-il déjà été élaboré pour l'enfant ? OUI, n° de dossier : NON

En cours d'instruction, date de dépôt du dossier :

Objet de la demande en cours :

.....

Coordonnées du professionnel ayant accompagné l'élaboration du dossier :

DROITS MDPH EN COURS DE VALIDITE :

AEEH (Allocation d'éducation de l'enfant handicapé)

Complément d'AEEH Catégorie 1,2 ,3, 4, 5, 6 :

PCH (Prestation de compensation du handicap) : Type

AESH (Accompagnant de l'Elève en Situation de Handicap, ex. AVS)

Orientation vers une structure (accueil de jour, SESSAD, etc.) :

AJPP (Allocation Journalière de Présence Parentale)

ENVIRONNEMENT FAMILIAL

Remarques particulières concernant l'environnement familial de l'enfant (événements majeurs, etc.) :

.....

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

OUI NON

Description du mode d'hébergement ou de garde (chez ses deux parents, en garde alternée, modalités...)

.....

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

.....

Un autre membre de la famille a-t-il présenté les mêmes difficultés dans son développement ?

OUI NON

Si oui, qui ? Quels types de difficultés ? Un diagnostic est-il connu ? :

.....

ANTECEDENTS MEDICAUX

ANTECEDENTS D'HOSPITALISATION, DE PROBLEMES DE SANTE :

OUI NON

Si oui, précisez :

.....

GROSSESSE ET NAISSANCE : grossesse gémellaire, prématurité, faible poids, enfant adopté, procréation médicalement assistée, ...

.....

TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX EN COURS :

OUI NON

Si oui précisez :

.....

SOMMEIL PROPRETE

VOTRE ENFANT

Votre enfant a-t-il des problèmes de sommeil (difficultés d'endormissement, réveils nocturnes) ? OUI NON

Depuis quel âge votre enfant est-il propre ?

LANGAGE - COMMUNICATION

VOTRE ENFANT	Oui, beaucoup	Oui, plutôt	Un peu	Pas du tout
Parle-t-il fort ou vous-fait-il répéter régulièrement ?				
Entend-il mal ou monte-t-il le son de la télévision ?				
A-t-il du mal à s'exprimer car il construit mal ses phrases ?				
A-t-il (ou a-t-il eu) des difficultés pour s'exprimer par manque de vocabulaire ?				
Comprend-il les consignes orales (quand vous lui parlez) ?				
Eprouve-t-il des difficultés à rassembler ses idées pour formuler une phrase ou exprimer sa pensée ?				
A-t-il du mal à s'exprimer car il déforme beaucoup les mots ?				
Vous semble-t-il comprendre le sens figuré, les expressions au 2d degré ?				
S'intéresse-t-il à ce que vous lui montrez ?				
Vous paraît-il avoir le sens de l'humour comme des enfants de son âge ?				
Peut-il dire des petits mensonges dans la vie quotidienne, comme un enfant de son âge ?				
Peut-il répéter en écho vos fins de phrases ?				
Vous semble-t-il avoir son propre langage, non compréhensible par d'autres personnes ?				
Paraît-il parfois bizarre dans ses propos ?				

INTERACTIONS SOCIALES ET JEUX

VOTRE ENFANT	Oui, beaucoup	Oui, plutôt	Un peu	Pas du tout
Evite-t-il de regarder dans les yeux ses interlocuteurs ?				
Vous semble-t-il plutôt solitaire, cherche-t-il à jouer avec d'autres enfants ?				
Peut-il jouer seul dans une pièce ?				
Avez-vous l'impression qu'il a des difficultés à se faire et à garder des amis ?				
Est-il souvent en conflit avec les adultes, désobéissant, provocateur ?				
A-t-il du mal à comprendre certaines règles sociales ?				
Peut-il tenir compte des conventions sociales, et dire par exemple des paroles blessantes pour autrui sans s'en rendre compte ?				

Une fois que votre enfant a appris des règles sociales, a-t-il du mal à accepter que ces règles ne soient pas respectées à la lettre ?				
A-t-il du mal à attendre son tour (à l'école, dans les jeux, etc.) ?				
Votre enfant se montre-t-il impulsif ou impatient (agit sans réfléchir, coupe la parole, etc.) Interrompt-il facilement les autres ?				
Parle-t-il fréquemment seul ou sans chercher à communiquer avec autrui ?				
A-t-il du mal à exprimer ses émotions				
A-t-il de nombreuses expressions faciales (joie, tristesse, surprise, colère, dégoût, peur, plaisir) ?				
Sont-elles disproportionnées ?				
A-t-il du mal à comprendre les émotions d'autrui ?				
En regard à une tristesse exprimée face à lui, votre enfant va-t-il spontanément vouloir consoler la personne ?				
Sourit-il quand on lui sourit ?				

HABILETES MOTRICES ET REPERAGE TEMPOREL ET SPATIAL

VOTRE ENFANT	Oui, beaucoup	Oui, plutôt	Un peu	Pas du tout
Evite-t-il ou est-il en difficulté dans les activités physiques, les jeux sportifs (ex. le vélo, la marelle) ?				
Sait-il faire du vélo sans petites roues ? Si oui depuis quel âge ?				
Se montre-t-il fréquemment maladroit (renverse ou fait tomber des objets, se cogne, etc.)				
A-t-il des difficultés pour courir (lent, trébuché souvent, pataud) ?				
A-t-il des difficultés pour s'habiller seul ?				
Rencontre-t-il des difficultés pour attacher ses lacets ?				
Marche-t-il sur la pointe des pieds ?				
Pendant les repas, votre enfant a-t-il des difficultés pour utiliser les couverts ?				
Aime-t-il dessiner ?				
Est-il à l'aise avec les puzzles et les activités de construction ?				
Est-il attiré par les activités manuelles (gommettes, pâte à modeler, bricolage) ?				
Connait-il la droite et la gauche sur autrui ?				
A-t-il du mal à se repérer dans le temps et l'espace ?				
Se repère-t-il dans les jours de la semaine ?				

COMPORTEMENT				
VOTRE ENFANT	Oui, beaucoup	Oui, plutôt	Un peu	Pas du tout
Rejette-t-il systématiquement certains aliments ? Est-il très sélectif au niveau alimentaire ?				
A-t-il des difficultés à maintenir son attention sur les tâches et dans les jeux ?				
Peut-il mener à son terme une activité prolongée ?				
A-t-il tendance à avoir des intérêts particuliers et peu nombreux, à parler toujours de la même chose, à s'attacher excessivement à un objet, etc. en ayant du mal à s'intéresser à autre chose ? Est-il fasciné par un sujet particulier ou inhabituel dont il est devenu « expert » ? (planètes, etc.)				
A-t-il la bougeotte (remue les mains et les pieds ou se tortille sur son siège, a du mal à rester assis, etc.)				
Est-il désordonné, brouillon ? A-t-il du mal à ranger ses affaires, sa chambre, son bureau, son cartable ?				
Est-il contrarié à l'excès par des changements dans sa routine ou ses habitudes ?				
Se met-il souvent en danger ? (risques inconsidérés) ?				
Se montre-t-il le plus souvent étourdi (oubli, perte de ses affaires personnelles) ?				
A-t-il des mouvements anormaux ? Si oui, lequel ? (balancements, tourne sur lui-même, mouvements répétitifs des bras, etc)				
Est-il habituellement gêné par certains environnements sensoriels (bruit, lumière, odeurs, textures d'aliments ou certaines sensations cutanées) ? Si oui lesquels ?				
Passe-t-il à votre avis trop de temps devant la télévision, l'ordinateur ou les jeux vidéos ?				

VIE AFFECTIVE ET EMOTIONNELLE

VOTRE ENFANT	<input type="checkbox"/> NSP (<i>je ne sais pas</i>)
Est-il souvent angoissé ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
Exprime-t-il de la tristesse ? Si oui : à quel moment ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
Exprime -t-il des peurs et/ou des préoccupations gênant sa vie quotidienne : sur la saleté, les microbes, ou l'ordre par exemple ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
Exprime-t-il souvent des inquiétudes à votre égard ou sur sa santé physique ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
Refuse-t-il de partir plusieurs jours chez une autre personne que les parents ? (grands-parents, amis, famille)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
Va-t-il jouer volontiers ? (ou faut-il systématiquement l'encourager) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
Est-ce que votre enfant se dévalorise (je n'y arriverai jamais, je suis nul...) ? Si oui : à quels moments ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP

Les difficultés éventuelles signalées dans les questions précédentes retentissent-elles dans la vie quotidienne à la maison ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
Si OUI, de quelle façon :	

Dans quels domaines ou quelles activités pensez-vous que votre enfant se sent le plus à l'aise, s'investit volontiers, éprouve du plaisir :

Avez-vous eu l'occasion d'évoquer les difficultés de votre enfant avec un médecin ?

Avez-vous eu l'occasion d'évoquer les difficultés de votre enfant avec un autre professionnel de santé : psychologue, orthophoniste, psychomotricien, ergothérapeute, orthoptiste, etc. ? Si un ou plusieurs bilans ont été réalisés, merci de le(s) joindre afin qu'ils puissent être consultés par les équipes médicales

À l'école, que vous dit l'enseignant sur le travail de votre enfant et sa vie d'élève ? Est-ce qu'une aide pédagogique lui a été proposée ?

Si votre enfant souhaite lui-même exprimer son point de vue sur les difficultés qu'il rencontre, vous pouvez lui proposer de le faire ici :

QUELS SONT LES PROFESSIONNELS DE SANTE IMPLIQUES DANS LE SUIVI DE L'ENFANT ?		
	NOM/COORDONNEES	Depuis quand ?
<input type="checkbox"/> Médecin généraliste		
<input type="checkbox"/> Pédiatre		
<input type="checkbox"/> Pédopsychiatre		
<input type="checkbox"/> Neuropédiatre		
<input type="checkbox"/> ORL		Bilan effectué <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ophtalmologue		Bilan effectué <input type="checkbox"/> Port de lunettes <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kinésithérapeute		Bilan : effectué <input type="checkbox"/> en cours <input type="checkbox"/> Rééducation en cours <input type="checkbox"/> Début du suivi :
<input type="checkbox"/> Orthophoniste		Bilan : effectué <input type="checkbox"/> en cours <input type="checkbox"/> Rééducation en cours <input type="checkbox"/> Début du suivi :
<input type="checkbox"/> Psychomotricien		Bilan : effectué <input type="checkbox"/> en cours <input type="checkbox"/> Rééducation en cours <input type="checkbox"/> Début du suivi :
<input type="checkbox"/> Ergothérapeute		Bilan : effectué <input type="checkbox"/> en cours <input type="checkbox"/> Rééducation en cours <input type="checkbox"/> Début du suivi :
<input type="checkbox"/> Orthoptiste		Bilan : effectué <input type="checkbox"/> en cours <input type="checkbox"/> Rééducation en cours <input type="checkbox"/> Début du suivi :
<input type="checkbox"/> Psychologue		Bilan : effectué <input type="checkbox"/> en cours <input type="checkbox"/> Rééducation en cours <input type="checkbox"/> Début du suivi :
<input type="checkbox"/> Médecin scolaire		
<input type="checkbox"/> Psychologue scolaire		Bilan : effectué <input type="checkbox"/> en cours <input type="checkbox"/> Début du suivi :

Merci de joindre les comptes-rendus dont vous disposez

L'enfant a-t-il bénéficié de rééducation dans le passé (kinésithérapie, orthophonie, etc) ?

TRAITEMENT DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

En tant que responsable du traitement des données qu'il collecte l'EPSM de l'Agglomération Lilloise s'engage à respecter le cadre des dispositions légales en vigueur notamment Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (RGPD).

Les données recueillies dans ce formulaire, et dans la suite du parcours, le sont dans le cadre de la prise en charge de votre enfant. La demande de consentement, ci-après, détaille l'ensemble des professionnels et des organismes pouvant être destinataire des données traitées lors de cette prise en charge. Ce document ne pourra pas être communiqué à des tiers sans votre consentement

Vous pouvez à tout moment accéder aux données vous concernant, retirer votre consentement ou demander l'effacement de vos données. Vous disposez également d'un droit d'opposition sous réserve de motif légitime, d'un droit de rectification et d'un droit à la limitation du traitement de vos données.

Les informations recueillies dans ce document sont confidentielles. Pour permettre qu'elles soient jointes au dossier de votre enfant lorsqu'il sera transmis au médecin de la plateforme, vous pouvez le remettre (ou l'envoyer) à votre médecin ou au médecin de l'Éducation nationale.

Si une réunion d'équipe éducative est organisée, vous pouvez vous munir de ce document pour y assister et choisir les informations que vous acceptez de partager avec les autres participants de cette réunion.

Si vous souhaitez parler du contenu de ce questionnaire au moment où vous le renseignez, vous pouvez le remplir avec votre médecin pendant une consultation de repérage des troubles de l'enfant (CTE) d'une durée plus longue qu'une consultation habituelle (parlez-en à votre médecin).

Pour exercer vos droits, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données des établissements du GHT Psychiatrie Nord Pas-de-Calais en joignant une pièce d'identité à votre demande à l'adresse suivante :

protection.donnees@ghtpsy-npdc.fr

ou par courrier à l'adresse postale suivante :

Délégué à la protection des données (DPO)
GHT Psychiatrie Nord Pas-de-Calais
Direction Générale
EPSM Lille Métropole
104 rue du Général Leclerc
59280 Armentières

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés ou que le dispositif de contrôle d'accès n'est pas conforme aux règles de protection des données, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL (cf. www.cnil.fr).

CONSETEMENT DE LA FAMILLE (A SIGNER AU DOS DU DOCUMENT)

En sollicitant la plateforme, je l'autorise :

- A centraliser les informations collectées dans le cadre du parcours de soin de mon enfant dans un dossier numérique individualisé
- A transmettre certaines informations aux organismes financeurs de la plateforme (coordonnées administratives, nature et état du parcours préconisé, etc.)
- A transmettre et/ou échanger des informations relatives au dossier médical et social de mon enfant (grille de repérage, questionnaire d'informations, compte(s)-rendu(s) de bilans d'évaluation, compte(s)-rendu(s) d'interventions, courrier(s) médical(aux), compte(s)-rendu(s) de synthèse(s) pluridisciplinaire(s), etc.) avec les différents professionnels qui seront impliqués dans son parcours de soin, à savoir :
 - Les médecins (traitant, médecin ayant adressé l'enfant à la plateforme, médecin référent au sein d'une structure spécialisée partenaire, médecin scolaire, spécialistes, etc.)
 - Les différents professionnels sociaux et paramédicaux exerçant au sein de structures partenaires signataires de la convention constitutive de la plateforme
 - Les professionnels paramédicaux libéraux ayant contractualisé avec la plateforme dans le cadre du versement du forfait « Bilan et intervention précoce » (ergothérapeutes, psychomotriciens, psychologues). Certaines séances peuvent être déduites du forfait pour leur participation aux réunions de l'école ou de la plateforme (synthèse)
 - Les autres professionnels paramédicaux n'ayant pas spécifiquement contractualisé avec la plateforme (orthophoniste, kinésithérapeute, etc.).
- A communiquer avec l'équipe enseignante dans le cadre d'une réunion d'équipe pluridisciplinaire (ESS, etc.)
- A donner accès au dossier numérique de mon enfant, lorsque cela sera possible, aux professionnels impliqués dans son parcours et partenaires de la plateforme
- A utiliser les données collectées, de façon anonyme, à des fins d'études statistiques

Réserves particulières :

.....

.....

.....

Date :

Nom du représentant légal 1

Signature

Nom du représentant légal 2

Signature