

DOSSIER FAMILLE

0-7 ans

LISTE DES PIECES A 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.

COORDONNEES 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 CAMSP, en CMP ou en 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 CAMSP, d'un CMP, ou d'un 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

AVS (Auxiliaire de vie scolaire)

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 :

.....

SCOLARITE ET MODALITES D'ACCUEIL DE L'ENFANT

Scolarisation : Oui Non

Niveau fréquenté : Nombre d'heures par semaine :

Type de classe : Ordinaire Autres :

Redoublement antérieur :

Noms et coordonnées de l'école :

.....

Votre enfant rencontre-t-il des difficultés au cours de sa scolarité ? Oui Non

Ces difficultés concernent :

Son comportement ?

L'attention ?

Le langage ?

Ses relations avec les autres ?

Les apprentissages scolaires ?

La lecture-l'orthographe

L'écriture

Les mathématiques

L'enfant bénéficie-t-il de l'accompagnement d'un(e) AVS/EVS ? Oui Non

Est-ce que l'enfant bénéficie d'une aide spécifique au sein de son école ? (Aménagement de son emploi du temps, dispositif RASED, Dispositif Réussite Educative, matériel, etc.)

.....

Modalités d'accueil de l'enfant en dehors du domicile et de l'école :

Crèche/garderie OUI NON

Assistante maternelle OUI NON

L'enfant rencontre-t-ils des difficultés dans ces lieux d'accueil ? Oui Non

.....

Si certaines questions ne concernent pas votre enfant, vous pouvez ne pas y répondre.

SOMMEIL PROPRETE

VOTRE ENFANT	
Votre enfant a-t-il des problèmes de sommeil (difficultés d'endormissement, réveils nocturnes) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Votre enfant est-il propre ?	Le jour : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> Non La nuit : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Depuis quel âge ?	

LANGAGE COMMUNICATION

VOTRE ENFANT	JE NE SAIS PAS --> <input type="checkbox"/> NSP
Parle-t-il fort ou vous-fait-il répéter régulièrement ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
Entend-il mal ou monte-t-il le son de la télévision ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
A-t-il (ou a-t-il eu) des difficultés pour s'exprimer ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
Comprend-il les consignes orales (quand vous lui parlez) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
Peut-il associer 2 mots « papa pati », « veux gato », « pas dodo » ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
Peut-il faire des petites phrases ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
S'intéresse-t-il à ce que vous lui montrez ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
Peut-il vous faire comprendre ce qu'il veut en vous regardant, puis en pointant du doigt et du regard vers l'objet ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
Peut-il faire des jeux de faire semblant : jouer à la dinette, à bricoler, à faire le ménage... ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
Vous semble-t-il comprendre le sens figuré, les expressions au 2d degré ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
Vous paraît-il avoir le sens de l'humour comme des enfants de son âge ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
Peut-il dire des petits mensonges dans la vie quotidienne, comme un enfant de son âge ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
Peut-il répéter en écho vos fins de phrases ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
Vous semble-t-il avoir son propre langage, non compréhensible par d'autres personnes ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP

INTERACTIONS SOCIALES ET JEUX

VOTRE ENFANT	JE NE SAIS PAS --> <input type="checkbox"/> NSP
Votre enfant évite-t-il de regarder dans les yeux ses interlocuteurs ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
Sourit-il quand on lui sourit ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
A-t-il de nombreuses expressions faciales ? (joie, tristesse, surprise, colère, dégoût, peur, plaisir ?)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
A-t-il du mal à se faire des copains, à les garder ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
Peut-il réagir en comprenant votre mimique de visage ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
A-t-il tendance à s'isoler (en classe ou à la maison) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
Peut-il jouer seul dans une pièce ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
Est-il timide ? voire renfermé ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
Peut-il tenir compte des conventions sociales, et ne pas dire par exemple des paroles blessantes pour autrui sans s'en rendre compte ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
En regard à une tristesse exprimée face à lui, votre enfant va-t-il spontanément vouloir consoler la personne ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
Paraît-il parfois bizarre dans ses propos ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP

HABILETES MOTRICES ET REPERAGE TEMPOREL ET SPATIAL

Age de la tenue assise sans aide :	Age de la marche sans aide :
VOTRE ENFANT	
Connait-il les notions comme « dedans, dehors, dessus, dessous » ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
Vous paraît-il maladroit ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
A-t-il des difficultés pour courir (lent, trébuche souvent, pataud) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
Marche-t-il sur la pointe des pieds ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
A-t-il des difficultés dans les activités motrices (marelle, corde à sauter) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
Sait-il faire du vélo sans petites roues ? Si oui depuis quel âge ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
A-t-il des difficultés pour certains sports (individuels ou collectifs) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
A-t-il des difficultés pour s'habiller ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
A-t-il des problèmes pour organiser ses affaires d'école ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
Est-il à l'aise avec l'utilisation des couverts pour manger ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
Est-il à l'aise dans l'utilisation des outils scolaires ? (ciseaux, règle)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
Aime-t-il dessiner ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
Ecrit-il mal ou lentement ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
Est-il à l'aise avec les puzzles et les activités de construction (kaplas, légos) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
Est-il attiré par les activités manuelles (gommettes, pâte à modeler, bricolage) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
Connait-il la droite et la gauche sur autrui ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
Se repère-t-il dans les jours de la semaine ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP

COMPORTEMENT

VOTRE ENFANT	
Est-il contrarié à l'excès par des changements dans sa routine ou ses habitudes ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
A-t-il des mouvements anormaux ? Si oui, lequel ? (<i>balancements, tourne sur lui-même, mouvements répétitifs des bras, etc</i>)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
Bouge-t-il tout le temps ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
Se met-il souvent en danger ? (risques inconsidérés) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
Se montre-t-il le plus souvent étourdi (oubli, perte de ses affaires personnelles) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
Peut-il attendre son tour quand il joue ou pour parler ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
Peut-il mener à son terme une activité prolongée ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
Se met-il en colère à la moindre contrariété ou est-il bagarreur ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
Se montre-t-il opposant pour les règles de la vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
Est-il habituellement gêné par des bruits, des odeurs, des textures d'aliments ou certaines sensations cutanées ? Si oui lesquelles ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
A-t-il des difficultés pour rester assis à table le temps du repas ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
Est-il très sélectif au niveau alimentaire ? (exemple : ne mange-t-il que des pâtes ou des aliments d'une seule couleur ?)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
Votre enfant est-il fasciné par un sujet particulier ou inhabituel dont il est devenu « expert » ? (planètes, dinosaures, etc.)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
Passe-t-il à votre avis trop de temps devant la télévision, l'ordinateur ou les jeux vidéos ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NSP
Combien de temps par jour :	

VIE AFFECTIVE ET EMOTIONNELLE

JE NE SAIS PAS --> NSP

VOTRE ENFANT

Est-il souvent angoissé ? OUI NON NSP

Exprime-t-il de la tristesse ? OUI NON NSP
Si oui : à quel moment ?

Exprime -t-il des peurs et/ou des préoccupations gênant sa vie quotidienne :
sur la saleté, les microbes, ou l'ordre par exemple ? OUI NON NSP

Exprime-t-il souvent des inquiétudes à votre égard ou sur sa santé physique ? OUI NON NSP

Refuse-t-il de partir plusieurs jours chez une autre personne que les parents ?
(grands-parents, amis, famille) OUI NON NSP

Va-t-il jouer volontiers ? (ou faut-il systématiquement l'encourager) ? OUI NON NSP

Est-ce que votre enfant se dévalorise (je n'y arriverai jamais, je suis nul...) ?
Si oui : à quels moments ? OUI NON NSP

Les difficultés éventuelles signalées dans les questions précédentes retentissent-elles
dans la vie quotidienne à la maison ? OUI NON NSP

Si OUI, de quelle façon :

Remarques, difficultés, comportements que vous auriez observés et qui vous interrogent :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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).

CONSENTEMENT 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