

PLATEFORME DE COORDINATION ET D'ORIENTATION POUR LES ENFANTS
AVEC TROUBLES DU NEURO-DEVELOPPEMENT

PCO - YVELYNES

☎ 01 39 63 86 69
Email : pcoyvelines@ch-versailles.fr

Nous vous remercions de remplir ce document concernant votre enfant et votre famille.
Si certaines questions sont difficiles à remplir, n'hésitez pas à solliciter notre plateforme.
VEUILLEZ JOINDRE UNE ATTESTATION DE DROITS A L'ASSURANCE MALADIE CONCERNANT VOTRE ENFANT AU DOSSIER.

NOM de l'enfant : **Prénom :**

Date de Naissance : **Sexe :** Féminin Masculin

Nationalité :

Adresse de l'enfant :

.....

Parent 1 : Père Mère

Nom - Prénom :

Adresse :

Téléphone :

E-mail :

Profession :

Date de naissance :

Parent 2 Père Mère

Nom - Prénom :

Adresse :

Téléphone :

e-mail :

Profession :

Date de naissance :

Situation parentale :

Famille monoparentale Vie maritale/mariés Séparés/Divorcés Autres

En cas de séparation, autorité parentale :

Remarques particulières concernant la vie familiale (décès, séparation, famille recomposée...):

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

Histoire du développement

La grossesse et l'accouchement :

Difficultés médicales pendant la grossesse :

.....
.....

Accouchement/ Naissance:

N° de semaines..... accouchement spontané accouchement provoqué
 Utilisation d'instruments (forceps, cuillers, ventouse...)
 césarienne : si oui, pourquoi ? :

Conditions à la naissance (souvent notées dans le carnet de santé):

Taille : Poids : Périmètre crânien :

Apgar :

Anomalies néo-natales :

Passage en réanimation néo-natale :

Le développement de votre enfant:

Pendant la première année de vie:

Votre enfant mangeait-il bien ? oui non :.....

L'allaitement a été : maternel (durée :.....) mixte (maternel+biberon) biberon

Lors de la diversification alimentaire, a-t-il accepté les nouveaux aliments sans difficulté :

oui non : refus de certains aliments refus des morceaux

Dormait-il bien ? oui non :

Sinon : pleurs inconsolables insomnies du nourrisson dormant beaucoup

Votre enfant était-il plutôt :

tonique

hypertonique (se crispe, raideur, ne se laisse pas porter...)

hypotonique (bouge peu, mollesse, très calme...)

Le développement précoce : si les questions ne sont pas adaptées à l'âge de votre enfant, merci de ne pas répondre

A quel âge votre enfant a-t-il marché ?

Sait-il courir ? non oui

Sait-il sauter ? non oui

A quel âge votre enfant a-t-il dit ses premiers mots (autres que papa/maman) ?

A quel âge a-t-il construit des phrases avec plusieurs mots ?

Vous êtes-vous demandé si votre enfant était sourd? non oui

Votre enfant comprend-il ce que les gens disent ? non oui

A quel âge a-t-il été propre le jour ? la nuit ?

Avec quels jeux joue votre enfant à la maison ?

.....

Depuis qu'il se déplace seul, votre enfant amène-t-il des objets pour vous les montrer ? non oui

Votre enfant joue-t-il a des jeux de faire semblant, par exemple, fait-il semblant de parler dans un téléphone jouet ? ou fait il semblant de donner à manger à des peluches ou des poupées? non oui

Votre enfant vous imite-t-il? (par exemple, si vous faites une grimace, le ferait-il en imitation?) non oui

Votre enfant s'intéresse-t-il aux autres enfants (camarades, cousins..) ? non oui

A-t-il un ou plusieurs camarades avec qui il s'entend particulièrement bien : non oui

Le mode de garde:

Comment a été gardé votre enfant ?

Type (maison, crèche collective, crèche familiale, assistante mat)	Période (âge ou année)

La scolarité :

Si votre enfant est scolarisé, quel est son parcours ?

Année	Classe	Temps partiel (oui/non)	AVS (oui/non)

Y a-t-il eu des difficultés déjà signalées par l'école ? Non Oui

Lesquelles ?.....
.....

Adresse de l'école actuelle :

Y-a-t-il pour votre enfant ?

- un dossier MDPH (Maison Départemental pour le Handicap) ? Oui Non

- une prestation liée à un handicap ? Oui Non

- une mesure d'aide et de protection ? Oui Non
Si oui : Sociale Judiciaire Administrative

Nom et coordonnées des intervenants ?

.....

Antécédents médicaux

Antécédents personnels :

Votre enfant a-t-il été suivi/est-il suivi par un professionnel de santé particulier (si oui, merci de joindre tous les bilans pratiqués):

- Orthophoniste
 Psychologue
 Psychomotricien
 Ergothérapeute
 Autre :

Coordonnées des professionnels Et Nom	Téléphone	Mail
Médecin traitant :		
Psychomotricien :		
Orthophoniste :		
Autre :		

Votre enfant a-t-il présenté ou présente- il des pathologies (asthme, eczéma, etc...) ?

.....

.....

.....

.....

.....

A-t-il été opéré ou en attente d'une opération ?

.....

.....

.....

Est-il allergique ? non oui ; Si oui : lesquels :

.....

Votre enfant prend-il des traitements actuellement : non oui

Si oui : lesquels et pour quelle durée ? (Joindre une copie de l'ordonnance si possible).

.....

.....

Votre enfant porte-t-il des lunettes : non oui

Antécédents familiaux:

Dans votre famille (même éloignée : cousins, cousins issus de germains etc), des personnes ont-elles:

- présenté des troubles dans leur développement (difficultés dans le développement du langage, de la motricité, difficultés dans la socialisation, difficultés scolaires...) : non oui :
.....
- bénéficié d'un suivi spécialisé (pédopsychiatrie, neuropédiatrie, CMP/P, CAMPS, suivi psychologique, orthophonie, psychomotricité) : non oui :
lequel :

Nous vous remercions par avance du temps investi pour remplir ce dossier. Il nous est précieux pour aider votre enfant et proposer les bilans et suivis nécessaires.

Veillez joindre une attestation de droits à l'assurance maladie concernant votre enfant au dossier.

Coordonnées de la PCO :
Centre hospitalier de Versailles, PCO Yvelines, Maison d'Espagne, 50 rue Berthier, 78000 Versailles
Secrétariat ouvert tous les matins de 9h30 à 13 h : 01.39.63.86.69

Màj Avril 2021