

ANTECEDENTS MEDICAUX

Antécédents médicaux familiaux: _____

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

Accouchement terme: _____
dans quelles conditions: _____

RESULTATS DES EXAMENS

ACUITE VISUELLE

O D:
O G:
Précisez l'échelle utilisée:

(avec correction, joindre le bilan)

ACUITE AUDITIVE

normale
 anormale: indiquez la perte en décibels
O D:
O G:

(sans correction, joindre copie de l'audiogramme)

Taille : _____
Poids : _____
Stade pubertaire: _____

P C : _____

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)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Peut boire seul	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Peut se déplacer seul dans son logement (y compris en fauteuil)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Peut se coucher, se lever seul	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	En cas de danger, pourrait quitter seul son logement	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
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	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
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

- pédiatrique
- psychologique
- pédopsychiatrique
- suivi ORL
- ophtalmologique
- orthophonique
- kinésithérapie
- psychomotricité
- auro (précisez): _____

Nom du praticien

Fréquence du suivi

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

.....

.....

.....

.....

