



Dossier de demande de coordination de parcours de bilan et d'interventions précoces

Encart réservé à la plateforme

Date de réception guide de repérage	Médecin adresseur
-------------------------------------	-------------------

Liste des pièces à fournir au dossier :

- **Attestation de droits CPAM** (téléchargeable sur le site AMELI.FR), à défaut, copie de l'attestation de la carte vitale
- **Copie livret de famille ou document équivalent** traduit pour personne de nationalité étrangère.
- **Copie du carnet de santé**
- **Copie des derniers comptes rendus médicaux et « paramédicaux »** dont vous disposez

La plateforme ouvre la possibilité aux enfants de 0 à 12 ans révolu, de bénéficier d'un parcours de bilan et intervention précoce, préalable au diagnostic d'un trouble du neuro-développement sur une durée maximale d'un an, renouvelable un an.

Les professionnels qui peuvent être mobilisés dans ce cadre sont les professionnels des établissements partenaires de la plateforme ou des professionnels libéraux conventionnés, tels que médecins, orthophonistes, orthoptistes, kinésithérapeutes, et/ou les professionnels libéraux non conventionnés pouvant bénéficier des forfaits précoces tels que les psychomotriciens, psychologues et ergothérapeutes.

Dans le cadre de ce parcours de soins, le médecin adresseur qui fait la demande auprès de la plateforme reste le référent de l'enfant et de sa famille.

Il est destinataire au même titre que le médecin coordinateur de la PCO des comptes rendus de bilan et intervention auprès de l'enfant. Il participe à la première synthèse à 6 mois du parcours organisé avec l'appui de la plateforme au même titre que les professionnels qui interviennent dans le parcours de soins de l'enfant ainsi que la famille.

Le médecin de la PCO valide l'entrée de l'enfant dans le dispositif et préconise un parcours de bilan et d'intervention précoce en concertation avec le médecin adresseur.

Après validation de l'entrée dans la PCO par le médecin coordinateur, l'équipe de la plateforme est garante du parcours coordonné de soins de l'enfant.

La coordination se met en place avec la famille qui s'engage à prendre contact et honorer les rendez-vous avec les professionnels indiqués par le parcours de l'enfant (engagés/impliqués par le parcours de soin).



CONSENTEMENT FAMILLE

Je reconnais avoir été informé :

- Des modalités de fonctionnement de la plateforme PCO TND 57 mentionnés ci-dessus et m'engage à les respecter
- De la constitution d'un dossier informatisé pour mon enfant dans le logiciel PARCEO.

Ce dossier est accessible aux professionnels de santé choisis par les parents ou représentant légaux de l'enfant et aux professionnels de la plateforme PCO 57.

Les parents peuvent demander un accès direct à des pièces du dossier de leur enfant (loi du 4 mars 2002). Demande écrite adressée par les parents à la directrice de la plateforme PCO 57 ; la demande précise les pièces que souhaitent consulter les parents. Un justificatif d'identité peut être demandé ainsi qu'une copie du jugement d'exercice de l'autorité parentale le cas échéant.

Date : _____ Signature des parents ou représentant légal :

Modalités de communication avec les partenaires :

Je soussigné(e) Monsieur..... et/ou Madame

Parent(s) de l'enfant ou représentant légal :

Autorise(nt) la plateforme PCO 57 à prendre contact avec les partenaires suivants et à leur transmettre tout élément ou document pertinent (y compris le compte rendu de synthèse) à la bonne prise en charge du parcours de l'enfant :

- Orthophoniste, kinésithérapeute, orthoptiste ...
- Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)
- Ecole, crèche :
- PMI :
- Autres :

Oui Non

Date :

Signature des parents ou représentant légal :



ENFANT

NOM : Prénom :

Sexe : Masculin Féminin

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

N° de Sécurité Sociale de l'enfant :

Nom et adresse caisse (CPAM, MSA, ...) :
.....

Médecin traitant :

PARENT 1

NOM : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone portable : / Téléphone fixe :

Mail :

N° de Sécurité Sociale :

Profession :

PARENT 2

NOM : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone portable : / Téléphone fixe :

Mail :

N° de Sécurité Sociale :

Profession :



ENVIRONNEMENT FAMILIAL

Situation parentale :

- En couple (mariés, pacsé, concubinage) Divorcé(e) Séparé(e) Veuf / veuve
 Famille monoparentale Famille recomposée

Autorité parentale :

- Les deux parents Tuteur:
- Parent 1 uniquement Parent 2 uniquement

Hébergement de l'enfant :

- Avec ses deux parents Garde alternée
 Autre :

FRERES ET SOEURS			
NOM	Prénom	Sexe	Date de naissance

MODALITES D'ACCUEIL DE L'ENFANT

- Garderie Nombre d'heure(s) par semaine :
- Crèche Nombre d'heure(s) par semaine :
- Assistant(e) maternel(le) Nombre d'heure(s) par semaine :
- Autre(s) à préciser :



SCOLARITE

Scolarisé(e) Non scolarisé(e)

Classe :

Temps plein Temps partiel AESH

Coordonnées de l'école :

Nom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone :

Nom de l'enseignant :

Retour de l'école :

.....
.....

Aménagements en place :

RASED (Réseau d'Aide Spécialisée aux Enfants en Difficultés) :

.....

PRE (Projet de Réussite Educative) :

PPRE (Projet Personnel de Réussite Educative) :

PAP (Plan d'Accompagnement Personnalisé) :

PAI (Plan d'Accueil Individualisé) :



MDPH

		NON	OUI	Date dépôt de dossier	Notifications
	AJPP (Allocation Journalière de Présence Parentale)				
MDPH	AEEH (Allocation d'éducation pour Enfant Handicapé)				
	PCH (Prestation de Compensation du Handicap)				
	AESH (Accompagnant d'élève en situation de handicap)				
	Orientation médico-sociale				

Comment avez-vous entendu parler de la PCO ?:

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

Qui vous a adressé à la PCO ?:

.....
.....

ORIENTATION EN COURS

Votre enfant est-il suivi dans un établissement (CAMSP, CMP, CMPP...) ? (Précisez l'année)

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

Si non, avez-vous déjà entrepris des démarches auprès d'un de ces établissements, de quel ordre ?
(Ex : inscription sur liste d'attente) :

.....
.....



Suivi Social

Assistante sociale :

PMI :

- Médecin :
- Puéricultrice :
- Intervention :

Mesure de Protection :

- AED :

AEMO :



PARTIE MEDICALE

SUIVIS MEDICAUX

Est-ce-que votre enfant a été ou est suivi par :	NOM ET COORDONNEES	Suivi depuis quelle année ?	Suivi toujours en cours ?	Disposez-vous de compte-rendu ? Date ?	Examens complémentaires réalisés à la demande du médecin Et date de réalisation (Ex : bilan sanguin, EEG, IRM, autres,...)
Médecin Généraliste					
Pédiatre					
Neuropédiatre					
Psychiatre/Pédopsychiatre					
ORL					
Ophtalmologue					

CONFIDENTIEL



Est-ce-que votre enfant a été ou est suivi par :	NOM ET COORDONNEES	Suivi depuis quelle année ?	Suivi toujours en cours ?	Disposez-vous de compte-rendu ? Date ?	Examens complémentaires réalisés à la demande du médecin Et date de réalisation (Ex : bilan sanguin, EEG, IRM, autres,...)
Médecin généticien					
Autre :					
Autre :					

CONFIDENTIEL

Informations complémentaires :

.....

.....

.....



SUIVIS PARAMEDICAUX

Est-ce-que votre enfant a eu ou est en suivi par :	NOM ET COORDONNEES	Suivi depuis quelle année ?	Suivi toujours en cours ?	Disposez-vous de compte-rendu ? Date ?	Examens complémentaires réalisés à la demande du médecin Et date de réalisation (Ex : bilan sanguin, EEG, IRM, autres,...)
Psychologue					
Psychomotricien					
Orthophoniste					
Orthoptiste					
Kinésithérapeute					
Ergothérapeute					
Autre					

CONFIDENTIEL



ANTECEDENTS

Antécédents familiaux : troubles des apprentissages, autisme, problèmes de santé divers, etc. :

Père :

.....

Mère :

.....

Frères et sœurs :

.....

Entourage familial :

.....

Grossesse et naissance : prématurité, faible poids, enfant adopté, etc. :		
Gestation : SA (semaines aménorrhées)	Hospitalisation néonate :	Développement psychomoteur
Poids :	Durée :	Age de la marche :
Taille :	Détails :	Langage :
PC :		Acquisition propreté :
Apgars		Diurne :
		Nocturne :
		Particularités :



2, rue Augustin Fresnel
57070 Metz
03.87.36.86.86
plateforme.pco57@apf.asso.fr

Horaires d'ouverture :
Lundi et Jeudi de 09h00 à 12h30 et de 13h30 à 17h00

Hospitalisations	Dates et lieu :	Motif :	Durée

Antécédents problème de santé : OUI NON

.....

.....

.....

.....

.....

Traitement en cours : OUI NON

Si oui, détaillez :

.....

.....

.....

.....