**EXAMENS COMPLEMENTAIRES EVENTUELS**

Dates et résultats

**AVIS DU SPECIALISTE CONSULTE**

Date de la consultation spécialisée et nom du médecin spécialiste

Cachet et signature du médecin

CONFIDENTIEL

**Nouvelle-Calédonie**

# RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

**COMMISSION**

*Cadre réservé à la commission*

Date de la commission:

**RETOUR DU FEUILLET pour le: D'avance, merci**

**Date de la demande du bilan:**

Bilan demandé par
- ○ CEJH-NC
- ○ CCEP
- ○ CSD/ASH
- ○ autre, précisez:

Feuillet rédigé par Docteur:

Date de la consultation:

Nom du médecin référent LM:

## MOTIF DE LA DEMANDE

demande effectuée en vue de :

- ○ reconnaissance de handicap (1ère demande)
- ○ renouvellement du taux de handicap
- ○ orientation scolaire
- ○ orientation vers un établissement spécialisé (IME/ACH/Autre)
- ○ assistance à l'école (auxiliaire)
- ○ matériel adapté

## RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ENFANT

NOM, prénom de l'enfant :

Ecole/établissement fréquenté:

Né(e) le: à

Classe:

Sexe ○ masculin ○ féminin

***A renseigner par le médecin rapporteur de la commission***

***NATURE DU / DES HANDICAP(S) OU DE LA / DES DEFICIENCE(S)***

- ○ *moteur (HM)* ○ *visuel (HV)* ○ *psychologique (PSY)* ○ *esthétique (HD)*
- ○ *intellectuel (HI)* ○ *auditif (HA)* ○ *polyhandicap (PH)* ○ *autre (HD) (précisez) : .....*

**Synthèse des renseignements médicaux** Nom, prénom de l'enfant

**Lieu de vie de l'enfant:**

○ chez les parents ○ en famille d'accueil ○ en internat ○ autre (précisez)

## COMPOSITION DE LA FAMILLE

○ biologique ○ adoptive ○ d'accueil (correspondant) ○ d'accueil (ASE)

| LE PERE ou LE REFERENT | LA MERE ou LA REFERENTE |
|---|---|
| NOM, prénom | NOM, prénom |
| Activité professionnelle | Activité professionnelle |
| Adresse + téléphone | Adresse + téléphone |
| | |

**Couverture sociale de l'enfant:**

| | | |
|---|---|---|
| CAFAT | N°: | Validité du : ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / ..... |
| Aide médicale SUD ○ NORD ○ ILES ○ | N°: | Validité du : ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / ..... |
| Mutuelle : | N°: | Validité du : ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / ..... |
| 100% LM ○ | Code OMS: | |

## 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:

ACUITE AUDITIVE

○ normale

○ anormale: indiquez la perte en décibels

O D: …….

O G: …….

(joindre une copie de l'audiogramme)

Taille :

Poids :

Stade pubertaire:

P C :

## EXAMEN CLINIQUE DETAILLE

## TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

## EVALUATION DE L'AUTONOMIE *en tenant compte de l'âge de l'enfant*

AGE de l'enfant

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Peut manger seul | ○ oui | ○ non | Peut mettre seul son appareil orthopédique (le cas échéant) | ○ oui | ○ non |
| Peut boire seul | ○ oui | ○ non | | | |
| Peut se coucher, se lever seul | ○ oui | ○ non | Peut se déplacer seul dans son logement (y compris en fauteuil) | ○ oui | ○ non |
| Peut s'asseoir/se lever seul d'un siège | ○ oui | ○ non | | | |
| Peut se vêtir/dévêtir totalement seul | ○ oui | ○ non | En cas de danger, pourrait quitter seul son logement | ○ oui | ○ non |
| Peut se vêtir/dévêtir partiellement seul | ○ oui | ○ non | | | |
| Peut se laver seul | ○ oui | ○ non | En cas de troubles psychiques, présente un danger pour lui-meme ou pour autrui | ○ oui | ○ non |
| Peut aller uriner/aller à la selle sans aide | ○ oui | ○ non | | | |
| Peut se relever seul en cas de chute | ○ oui | ○ 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

| | Nom du praticien | Fréquence du suivi |
|---|---|---|
| ○ pédiatrique | | |
| ○ psychologique | | |
| ○ pédopsychiatrique | | |
| ○ suivi ORL | | |
| ○ ophtalmologique | | |
| ○ orthophonique | | |
| ○ kinésithérapie | | |
| ○ psychomotricité | | |
| ○ aure (précisez): | | |

## 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