



**ANTECEDENTS MEDICAUX**

Antécédents médicaux familiaux: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Accouchement terme: \_\_\_\_\_  
dans quelles conditions: \_\_\_\_\_

**RESULTATS DES EXAMENS**

<p>ACUITE VISUELLE</p> <p>O D: .....</p> <p>O G: .....</p> <p>Précisez l'échelle utilisée:</p> <p>(avec correction, joindre le bilan)</p>	<p>ACUITE AUDITIVE</p> <p><input type="radio"/> normale</p> <p><input type="radio"/> anormale: indiquez la perte en décibels</p> <p>O D: .....</p> <p>O G: .....</p> <p>(sans correction, joindre copie de l'audiogramme)</p>	<p>Taille :</p> <p>Poids :</p> <p>Stade pubertaire:</p> <p>P C :</p>
---	---	--

**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	<input type="text"/>
-----------------	----------------------

Peut manger seul <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Peut mettre seul son appareil <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Peut boire seul <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	orthopédique (le cas échéant)
Peut se coucher, se lever seul <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Peut se déplacer seul dans son <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	logement (y compris en fauteuil)
Peut se vêtir/dévetir totalement seul <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	En cas de danger, pourrait <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Peut se vêtir/dévetir partiellement seul <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	quitter seul son logement
Peut se laver seul <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	En cas de troubles psychiques, <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	présente un danger pour
Peut se relever seul en cas de chute <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	lui-meme ou pour autrui

**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
<input type="radio"/> pédiatrique	_____	_____
<input type="radio"/> psychologique	_____	_____
<input type="radio"/> pédopsychiatrique	_____	_____
<input type="radio"/> suivi ORL	_____	_____
<input type="radio"/> ophtalmologique	_____	_____
<input type="radio"/> orthophonique	_____	_____
<input type="radio"/> kinésithérapie	_____	_____
<input type="radio"/> psychomotricité	_____	_____
<input type="radio"/> 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



Synthèse des renseignements médicaux \_\_\_\_\_ Nom, prénom de l'enfant \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_