

FORMULAIRE D'ADRESSAGE

JE VOUS ADRESSE L'ENFANT :

Prénom

Nom

Date de naissance

Adresse et téléphone de la famille

.....

.....

.....

.....

Identification de l'assuré et du représentant légal

.....

Couverture par l'Assurance maladie

.....

.....

Afin de permettre à la PCO de votre département d'organiser son parcours diagnostique avec les bilans spécialisés et, le cas échéant, les interventions et rééducations qui vous sembleront indiquées.

Dans le dossier de cet enfant (ci-joint), je relève particulièrement les éléments suivants :

Des antécédents / facteurs de risque exposant aux TND

Des difficultés multiples qui touchent :

.....

.....

Une gêne fonctionnelle sévère

Un décalage scolaire important par rapport au niveau attendu

Une résistance à la prise en charge de première intention

Autres observations :

Compte tenu de tous ces éléments, je fais l'hypothèse :

d'un tableau de difficultés n'évoquant pas clairement un trouble précis mais une complexité justifiant des explorations complémentaires

d'un ou plusieurs des troubles mentionnés ci-dessous :

trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)

troubles des apprentissages (trouble spécifique de la lecture, de la transcription – orthographe – de la cognition mathématique, communément désignés dyslexie dysorthographe, dyscalculie)

troubles du développement intellectuel (TDI)

troubles du langage oral (dysphasie)

troubles du développement de la coordination (dyspraxies)

trouble du spectre de l'autisme (TSA)

En outre, je recommande les examens et bilans complémentaires suivants :

IDENTIFICATION DU MÉDECIN :

Prénom

Nom

Date et signature :

RÉFÉRENCES DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

> **Mars 2020** : Troubles du neurodéveloppement, repérage et orientation des enfants à risque - HAS ;

> **Décembre 2019** : Trouble développemental de la coordination expertise – Expertise collective de l'Institut national de la santé et de la recherche médical – Inserm ;

> **Février 2018** : « Troubles du spectre de l'autisme - signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent » - Haute autorité de santé (HAS) ;

> **Janvier 2018** : « Troubles Dys : comment mieux organiser le parcours de santé d'un enfant avec des troubles DYS ? » - HAS ;

> **2016** : « Déficiences intellectuelles - Expertise collective de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale » - HAS ;

> Expertise collective de l'Institut national de la santé et de la recherche médical - Inserm ;

> **Décembre 2014** : « Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité » - HAS ;

> **Mars 2012** : « Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent » - HAS - ANESM ;

> **2007** : Expertise collective de l'Institut national de la santé et de la recherche médical - Inserm, 2007, Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie : Bilan des données scientifiques.

> **2001** : « L'orthophonie dans les troubles spécifiques du langage oral » – Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES).

CIRCULAIRE INTERMINISTÉRIELLE N° DIA/DGCS/SD3B/DGOS/R4/DGESCO/2021/201

du 23 septembre 2021 relative au déploiement des plateformes de coordination et d'orientation et l'extension du forfait d'intervention précoce de 7 à 12 ans.

Médecin de ville ou médecin de l'Éducation nationale, votre évaluation de la situation de cet enfant s'appuie sur une démarche clinique qualitative (nature de la ou des difficultés) et quantitative (importance de l'écart par rapport aux compétences attendues). L'objectif de ce livret est d'apprécier l'intérêt d'adresser l'enfant examiné à la Plateforme de coordination et d'orientation (PCO) de votre département qui complètera le bilan diagnostique et proposera un parcours de soins.

Pour cela, il vous est demandé de prendre connaissance du **VOLET ENSEIGNANT** et du **VOLET FAMILLE** dont vous croisez les informations avec vos propres observations issues de l'examen de l'enfant, les antécédents médicaux dont vous avez connaissance et les éventuelles actions déjà menées pour l'aider que vous indiquerez dans le tableau ci-dessous.

	Bilan	Soins	Durée / dates / remarques
Orthophonie	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Orthoptie	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Kinésithérapie	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Ergothérapie	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Psychomotricité	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Psychologie	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Autres	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

OBSERVATIONS RÉALISÉES AU COURS DE L'EXAMEN

Éléments relatifs au développement précoce (avant 6 ans) :

Facteurs de risque périnatal au sens des recommandations de la HAS	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Préciser :
ATCD crises convulsives	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Préciser :
Affection chronique à fort retentissement ou antécédent d'affection sévère	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Préciser :
Décalage d'acquisition de la marche (marche > 17 mois)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Préciser :
Décalage d'acquisition du langage oral (phrases élémentaires SVC >3a/PSM)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Préciser :
Anomalie dans les interactions précoces recommandations de la HAS pour le repérage des TSA	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Préciser :
Autre décalage d'acquisition ou d'apprentissage précoce livret de repérage chez le petit enfant (0-6 ans)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Préciser :
Retard dans l'acquisition de la propreté	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Préciser :

