

DOSSIER MÉDICAL COMPLÉMENTAIRE ORIENTATION PCO

Ce document doit être complété et accompagné du dossier d'adressage pour être recevable en commission d'orientation de la Plateforme de Coordination et d'Orientation.

Le médecin peut utiliser la cotation réservée aux consultations complexes enfant (CCE) prévue pour le dépistage des troubles du spectre de l'autisme (TSA) depuis la décision de l'union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie du 6 novembre 2018.

Nom de l'enfant :	Prénom :
Date de naissance :/...../.....	Âge :

Nom du Médecin :

Adresse postale :

Téléphone :/...../...../...../.....

Mail :

Date de l'examen :/...../.....

ANTECEDENT FAMILIAUX

	ATCD médico-chirurgicaux et/ou psychiatriques	ATCD de troubles des apprentissages	Autre (Profession, contexte familial, etc.)
Père			
Mère			
Fratie			

Enfant (NOM, PRENOM) :

ANTECEDENTS PERSONNELS

GROSSESSE normale : OUI NON

Si NON, précisez [grossesse multiple, FIV, RCIU, MAP, infection anténatale (précisez), prise de médicaments, toxique(s) (précisez)] :

NAISSANCE :

Accouchement : normal ou césarienne programmée
 Voie basse dystocique césarienne en urgence

Age gestationnel : SA (entre 24 et 42)

Poids : Taille : PC : Apgar à 1 mm =/10 5mn =/10

Anoxie périnatale : OUI NON

Hospitalisation en période néonatale : OUI NON

Commentaire période néonatale (en particulier : Hospitalisation néonatale, pathologie maternelle dont dépression du post-partum) :

ANTÉCÉDENTS MÉDICO-CHIRURGICAUX PERSONNELS :

	OUI	NON
Problèmes ORL (auditifs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes visuels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATCD chirurgicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospitalisations (hors période néonatale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATCD médicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si OUI à une de ces questions, précisez (en particulier : date et motif d'hospitalisation, type de problème médical) :

TRAITEMENT :

Traitement médicamenteux au long cours OUI NON
 (en cours ou antérieur)

Si OUI précisez (DCI, posologie, durée) :

Enfant (NOM, PRENOM) :

EXAMEN SENSORIEL

VISION SOUS SKIACOL : Réalisée Non réalisée

De loin : OD = OG = Test utilisé :

De près : OD = OG = Test utilisé : Fond d'œil : OUI NON

AUDITION : Réalisée Non réalisée

Normale : OUI NON

Test utilisé :

<input type="checkbox"/> Audiométrie tonale	<input type="checkbox"/> Audiométrie vocale
<input type="checkbox"/> Voix chuchotée	<input type="checkbox"/> Examen ORL récent
<input type="checkbox"/> OEAP	<input type="checkbox"/> PEA

EXAMEN SOMATIQUE

Poids :

Taille :

PC :

PRÉSENCE D'ÉLÉMENTS DYSMORPHIQUES : OUI NON

Si oui précisez [CRÂNE (microcéphalie, macrocéphalie, anomalie de forme), VISAGE, MEMBRES, RACHIS, (anomalie de la statique vertébrale (scoliose, cyphose, hyperlordose, etc...), Signes de dysraphie spinale (touffe de poils, fossette sacro-coccygienne, etc...) ou de la ligne médiane (luette bifide, hernie ombilicale, etc...)] :

.....

.....

.....

EXAMEN SOMATIQUE GÉNÉRAL (cardiopulmonaire, ORL, abdominal ...) :

Normal

Pathologique

Si PATHOLOGIQUE, précisez (cardiaque, pulmonaire, dentition, hypertrophie amygdalienne, hépatomégalie, splénomégalie, hyperlaxité ligamentaire, anomalie des organes génitaux externes) :

.....

.....

EXAMEN CUTANÉ :

Normal

Pathologique

Si PATHOLOGIQUE, précisez (anomalie de pigmentation et/ou d'élasticité, taches café au lait, taches achromatiques, lentigines, neurofibromes) :

.....

EXAMEN NEUROLOGIQUE :

Motricité spontanée : Symétrique Asymétrique

Tonus : Normal Anormal

Réflexes ostéo-tendineux : Présents Absents

Symétriques Asymétriques

Enfant (NOM, PRENOM) :

COMPORTEMENT PENDANT L'EXAMEN

Normal : OUI NON

Si NON, précisez (tics bégaiement, difficultés de contact oculaire, trouble du contact, opposition, colères, ...) :

.....
.....

Médecin référent de l'enfant pour la Plateforme de Coordination et d'Orientation:
.....

Médecin traitant, si différent :

Les parents sont d'accord pour que la plateforme soit sollicitée : OUI NON

Signature et tampon du Médecin

A transmettre à la Plateforme de Coordination et d'Orientation par voie postale ou par messagerie, avec le formulaire d'adressage.

Enfant (NOM, PRENOM) :