**DOSSIER MÉDICAL 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 : …………………..

Contact du représentant légal :

Nom du Médecin : …………………………………………………………………………………..

Adresse postale : ……………………………………………………………………………………

Téléphone : ….../…../…../…../….. et …../…../…../…../…..

Mail : ………………………………………………………………………………………………….

Date de l’examen : …../…../…..

**ANTECEDENT FAMILIAUX**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **ATCD médico-chirurgicaux** | **ATCD de troubles des apprentissages** | **Profession** |
| **Père** |  |  |  |
| **Mère** |  |  |  |
| **Fratrie** |  |  |  |

**ANTECEDENTS PERSONNELS**

**GROSSESSE** normale : [ ] OUI [ ] NON

*Si NON, précisez [grossesse multiple, FIV, RCIU, MAP, infection anténatale (précisez), prise de 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) :

…………………………………………………………………………………………………………

**DÉVELOPPEMENT PRÉCOCE DANS LA 1ÈRE ANNÉE DE VIE** :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | OUI | NON |
| Dépression maternelle du post-partum |[ ] [ ]
| Difficultés d’interaction parents-enfant |[ ] [ ]
| Sourire réponse |[ ] [ ]
| Contact visuel |[ ] [ ]
| Répond à son prénom |[ ] [ ]
| Difficultés d’alimentation |[ ] [ ]
| Difficultés de sommeil |[ ] [ ]

**ANTÉCÉDENTS MÉDICO-CHIRURGICAUX PERSONNELS** :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | OUI | NON |
| Problèmes ORL (auditifs) |[ ] [ ]
| Problèmes visuels |[ ] [ ]
| ATCD chirurgicaux |[ ] [ ]
| Hospitalisations (hors période néonatale) |[ ] [ ]
| ATCD médicaux |[ ] [ ]

*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)* : ………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………

**EXAMEN** **SENSORIEL**

**VISION** :

De loin : OD = OG = Test utilisé :

De près : OD = OG = Test utilisé :

Vision du relief normale : [ ] OUI [ ] NON Test Utilisé :

**AUDITION** :

Normale : [ ] OUI [ ] NON

Test utilisé : [ ] Audiométrie tonale [ ] Audiométrie vocale

 [ ] Voix chuchotée [ ] Examen ORL récent

**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 : [ ] Riche [ ] Pauvre

 [ ] Symétrique [ ] Asymétrique

Tonus : [ ] Normal [ ] Anormal

Réflexes ostéo-tendineux : [ ] Positifs [ ] Négatifs

 [ ] Symétriques [ ] Asymétriques

**COMPORTEMENT PENDANT L’EXAMEN**

Normal : [ ] OUI [ ] NON

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**IN FINE**

Médecin adressant-référent de l’enfant pendant l’année de parcours de soins de l’enfant : ……………………………..

Médecin traitant : ……………………………..

Les parents sont d’accord pour que la plateforme soit sollicitée : [ ] OUI [ ] NON

Si des bilans et interventions précoces sont nécessaires :

* Les parents accepteraient une prise en charge en structure d’accueil : [ ]  OUI [ ]  NON
* Les parents accepteraient une prise en charge en libéral : [ ] OUI [ ] NON

**Signature et tampon du Médecin**

***A transmettre à la Plateforme de Coordination et d’Orientation par voie postale ou par messagerie sécurisée (***contact-pco@oi.mssante.fr)