**DOSSIER DE PRECONSULTATION POUR TROUBLES DU COMPORTEMENT OU TROUBLES DEFICITAIRES DE L’ATTENTION** version2022-02-22

Ce dossier correspond aux motifs de consultations suivants

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Comportement impulsif | Intolérance à la frustration | Hyperactivité motrice | Difficultés d’attention  D’organisation de planification | Autres troubles du comportement | Epuisement  Familial | Difficultés dans les procédures éducatives | Conséquences du comportement sur la famille ou la scolarisation |

Dans le cadre de l’organisation d’un bilan médical diagnostic spécialisé de niveau 2 pour un retard ou un trouble dans le développement moteur ou cognitif de votre enfant, vous allez trouver ci-après le dossier médical de préconsultation que je vais utiliser pour analyser les premiers éléments cliniques du problème de votre enfant et pour vous donner les premières réponses.

Ce dossier vous permet de formaliser votre demande, de définir le problème et ses conséquences fonctionnelles. Certaines parties sont à compléter par les parents, d’autres par votre enfant, d’autres (éventuellement) par les enseignants ou par votre médecin traitant ou par les rééducateurs qui suivent peut-être déjà votre enfant.

Nb : Le rôle de médecin de niveau 2 en trouble du neurodéveloppement est aujourd’hui clairement précisé par la Haute Autorité de santé dans les recommandations de bonnes pratiques et ce qu’il s’agisse de troubles de apprentissages, de trouble de l’attention ou de troubles du spectre autistique [(cf. site de la HAS)](https://www.has-sante.fr/jcms/fc_2875171/fr/resultat-de-recherche?text=trouble+du+developpement&tmpParam=&opSearch=)

Pour vous accompagner dans ce parcours de santé complexe, je vais avoir besoin de différentes informations sur le développement de votre enfant mais également de votre engagement et de votre participation.

Mon fil rouge depuis 15 ans de pratique spécialisé en tnd est très clair

**Pour l’enfant > l’autonomisation et donc sa liberté future autant que son équipement le permet.**

**Il y aura donc un travail diagnostic et thérapeutique avec l’enfant**

**Pour les parents > informations, participation complète au projet et formation à une pédagogie adaptée pour garder le contrôle et l’accompagner.**

**Il y aura donc un travail diagnostic et thérapeutique avec les parents**

En 2022, cette méthodologie n’est pas encore majoritaire et la bienveillance et le bonheur de l’enfant restent la priorité et les parents sont rarement associés dans les prises en charge. Je dois même faire face à l’assurance maladie qui réfute l’existence de la nécessité d’une consultation et d’une prise en charge des parents. J’essuie actuellement les plâtres dans cette nouvelle spécialité, et c’est pas très agréable mais les prises en charges et les outils vont se développer avec le temps .

Si j’ai votre confiance et votre motivation, je m’engage à vous donner un avis expert, indépendant sans aucun conflit d’intérêt. Même si c’est difficile, je ne vous dirais pas forcément ce que vous auriez envie d’entendre et ne vous conseillerais pas ou ne prescrirais pas ce qui pourrait nuire à plus ou moins long terme à votre enfant.

La constitution de ce dossier complet demande du temps, pour vous pour le compléter et pour moi pour l’analyser, vous répondre et vous proposer le premier rendez-vous spécialisé à mon cabinet. Les consultations présentielles ultérieures seront prises en charge par l’assurance maladie si vous êtes dans le cadre du parcours de soin (via le médecin traitant).

Par contre cet acte médical de préconsultation sur dossier n’a pas encore de cotation spécifique et donne lieu à une cotation d’acte hors nomenclature qui ne sera pas prise en charge par l’assurance maladie. Je vous demande donc de joindre à ce dossier un chèque de 50 € qui correspond à ce travail et qui sera encaissé après l’analyse du dossier et ma première réponse par mail.

Je vous conseille de compléter ce questionnaire sur votre ordinateur pour toute la partie concernant les parents, vous pourrez ensuite le garder dans un dossier informatique avant de l’imprimer (cela peut servir à d’autres professionnels). Une fois le dossier complet, vous **l’imprimez et me le retournez par voie postale** (courrier simple ou suivi, mais svp éviter les recommandés) accompagné de votre règlement.

Si le dossier est complet, je vous réponds par mail en moyenne dans les 15 jours (parfois plus) suivant la réception du dossier. Je vous propose ~~à~~ ce moment-là un premier rendez-vous dans un délai de 2 à 5 mois (à me confirmer) et vous adresse si nécessaire des ordonnances pour des bilans complémentaires ou pour débuter ou poursuivre des prises en charges rééducatives (cela permet de gagner du temps en attendant le premier rendez-vous). Le chèque n’est encaissé qu’après l’étude du dossier et ma réponse.

Vous pouvez me poser des questions, de préférence par mail (délais de réponses variable) ou mieux en utilisant les créneaux de téléconsultations (durée 15 mn à prendre sur Doctolib dans les espaces dédiés) et me transmettre dans le dossier toutes les pièces complémentaires que vous jugerez nécessaires (ancien bilan, etc.)

Si le dossier n’est pas complet, déjà cela me contrarie … et cela m’oblige à vous envoyer un mail de rappel. Tant que le dossier n’est pas complet, je ne l’étudie pas. Si au bout de 2 mails de rappel, je n’ai pas les éléments, je classe la demande.

Ok pour tout le monde ?

C’est parti

Plan

Questionnaire parents > en format Word à compléter sur le pc et ensuite à imprimer

*(Pensez à garder un exemplaire informatique pour vous que vous placer dans un dossier spécifique tnd )*

Coordonnées

Le problème principal motif de consultation et éléments cliniques

Les autres problèmes

Les solutions mises en place actuellement

Le milieu environnemental

L’historique du développement

Questionnaire enfant/ ado

Puis des

Questionnaires complémentaires à télécharger ( en cliquant sur les liens )

Questionnaires parents et enfants

Snap 4

Questionnaires schémas précoces de l’enfant

Echelle des peurs et des évitements

Echelle de coping pour les adolescents

Questionnaire médecin traitant pour l’accord de la consultation familiale TND

Questionnaire enseignant

Questionnaires rééducateurs

Vous faites des photocopies de tous les éléments pour les garder dans votre dossier, vous y placerez également tous les comptes rendu de consultation que je vous adresse après chaque rendez-vous ( délai variable )

Il est aussi possible que je vous adresse des bilans complémentaires ou des ordonnances en mail pour compléter ce premier dossier

Merci de bien vérifier que tous les éléments sont présents avant de m’envoyer le dossier par la poste .

Tous ces éléments sont bien sûr confidentiels. Nous compléterons ensemble ces éléments lors de la première consultation.

Bien Cordialement

Une image contenant homme, personne, verres

Description générée automatiquement **Docteur Jean Luc RIBEYROLLE**

# Questionnaire Parents

Questionnaire complété le (date) : Par :

Photo familiale de préférence ou seulement de votre enfant

## Vos Coordonnées

Nom de votre enfant

Prénom

Date de naissance

Age actuel

Classe actuellement suivie

Vos coordonnées

Adresse (rue code postal ville)

Téléphone fixe

Téléphone mobile

Adresse internet **que vous consultez régulièrement**

**Les autres informations administratives**

**Classe actuellement suivie**

Institution (école, collège, lycée) nom et ville

Medecin traitant (généraliste)

Nom

Prénom

Ville

Mail

Autres spécialistes consultés

Pédiatre

Nom

Prénom

Mail

Neurologue

Ophtalmologue

Orl

Rééducateurs (nom, prénom, ville et mail si vous l’avez)

Orthophoniste :

Psychologue :

Psychomotricien :

Orthoptiste :

Autres professionnels

## Quel est le problème actuel, qu’est ce qui d’après vous ne fonctionne pas pour votre enfant ?

**En famille, quelles sont les situations qui posent des problèmes à votre enfant ?**

*Citez les principales situations puis choisissez un exemple précis qui s’est déroulé récemment et décrivez-le avec précision (ou, quand, qui, quoi, conséquences pour votre enfant, pour les parents*)

**En famille** quelles sont les situations concernant votre enfant **qui vous posent des problèmes** à vous en tant qu’individu ou en tant que parents ? *Citez les principales situations puis choisissez un exemple précis qui s’est déroulé récemment et décrivez-le avec précision (ou, quand, qui, quoi, conséquences pour votre enfant, pour les parents*

**En famille** existe-il d’autres situations problèmes dans les **interactions** avec les proches (fratrie, autres adultes, grand parent.

**A l’extérieur de la maison** quelles sont les situations qui posent des problèmes à votre enfant**?**

*Citez les principales situations puis choisissez un exemple précis qui s’est déroulé récemment et décrivez-le avec précision (ou, quand, qui, quoi, conséquences pour votre enfant, pour les parents*)

A l’extérieur de la maisonquelles sont les situations concernant votre enfant qui vous posent des problèmes à vous en tant qu’individu ou en tant que parents ? *Citez les principales situations puis choisissez un exemple précis qui s’est déroulé récemment et décrivez-le avec précision (ou, quand, qui, quoi, conséquences pour votre enfant, pour les parents*

**A l’extérieur de la maison existe**-il d’autres situations problèmes dans les interactions avec les autres ?

*Citez les principales situations puis choisissez un exemple précis qui s’est déroulé récemment et décrivez-le avec précision (ou, quand, qui, quoi, conséquences pour votre enfant, pour les parents*

**A l’école ou au collège , quelles sont les situations qui posent des problèmes à votre enfant ?**

*Citez les principales situations puis choisissez un exemple précis qui s’est déroulé récemment et décrivez-le avec précision (ou, quand, qui, quoi, conséquences pour votre enfant, pour les parents*)

**A l’école ou au collège** quelles sont les situations concernant votre enfant **qui vous posent des problèmes** à vous en tant qu’individu ou en tant que parents ? *Citez les principales situations puis choisissez un exemple précis qui s’est déroulé récemment et décrivez-le avec précision (ou, quand, qui, quoi, conséquences pour votre enfant, pour les parents*

**A l’école ou au collège** existe-il d’autres situations problèmes dans les **interactions** avec les autres enfants.

*Citez les principales situations puis choisissez un exemple précis qui s’est déroulé récemment et décrivez-le avec précision (ou, quand, qui, quoi, conséquences pour votre enfant, pour les parents*

Existe-t-il des particularités dans sa communication ou son comportement ?

Qu’est-ce qui vous préoccupe le plus en tant que parents ?

Qu’en pense(nt) le ou les enseignants ?

Qu’en pense(nt) le ou les rééducateurs ?

### 

Qu’en pense votre médecin traitant ou votre pédiatre ?

### Quelle est l’origine de la demande de consultation ? > La demande vient-elle (compléter oui/non et précisez)

-de l’enfant ou de la famille ?

-de l’école ou d’une structure périscolaire

-d’un professionnel de santé

### Votre demande est plutôt (surligner la ou les réponses)

-une orientation diagnostique : quel est ou quels sont les difficultés ou les troubles

-une évaluation de l’intensité des troubles ou des difficultés

-un conseil, une orientation vers un projet de prise en charge

-une évaluation de la prise en charge actuelle

-une coordination de la prise en charge existante

-une autre demande, précisez

Quel est pour vous, le degré d’urgence ou d’inquiétude actuel (0 /10 à 10/10 ) ?

* Pour la maman
* Pour le papa

Si oui Pourquoi ? Quelle est votre crainte ?

Si non pourquoi ?

### Qu’est ce qui va bien aujourd’hui, quels sont les points forts de votre enfant ?

Les deux parents, l’enfant, la fratrie, voire d’autres membres de la famille ou des proches peuvent s’exprimer ci-dessous et avoir des avis différents.

### Quelles sont les activités pratiquées (sports, loisirs) actuellement ?

### Quelles sont les prises en charge et adaptations actuelles ?

A la maison *(*adaptation de l’environnement, soutien scolaire ou éducatif) ?

### Existe-t-il actuellement une prise en charge médicale ou rééducative ?

### A l’école ?

Bénéficie-t-il d’un soutien scolaire, de la présence d’auxiliaire de vie scolaire individuelle, d’un soutien du R.A.S.E.D, d’un suivi par un psychologue scolaire ou par le médecin scolaire ou le médecin de PMI ?

Un Projet personnalisé de scolarisation (PPS), un Projet d’accompagnement individualisé (PAI) ou des adaptations pédagogiques ont-ils ~~elles~~ été mis en place ?

Autres aides ?

Bénéficiez-vous d’un dossier et d’une aide du conseil général (MADPH) ? Allocation AEEH ou PCH ou autres aides financières ou Aides techniques (matériel adapté ?)

## **ENVIRONEMENT FAMILLE 1/2**

*Cette partie concerne l’environnement familial, il est important de repositionner votre enfant dans son cadre de vie quotidien. Ces informations sont précieuses dans la démarche diagnostique, elles restent bien sûr comme tout le dossier confidentielles. Il est possible dans le cas de familles recomposées que chacun des parents complète sa partie et me l’envoie séparément. Je compléterai~~s~~ de toute façon les données lors de la première consultation.*

Situation familiale des parents et contexte de vie (lieu de vie, environnement domicile, modifications récentes)

|  |
| --- |
|  |

Partie Mère

Nom

Prénom

Age

Née le

Profession actuelle

Formation scolaire et professionnelle :

Antécédents personnels (oui/non et précisez si nécessaire)

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

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

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

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

Difficultés d’apprentissages ou comportementales ou dans le parcours scolaire en école ou collège

|  |
| --- |
|  |

Difficultés d’ordre visuel ? (myopie, hypermétropie, astigmatisme, amblyopie, strabisme)

|  |
| --- |
|  |

Difficultés d’audition ?

|  |
| --- |
|  |

Antécédents d’épilepsie ?

|  |
| --- |
|  |

Autres antécédents de santé importants vous concernant à mentionner ?

|  |
| --- |
|  |

Dans votre famille proche (père, mère, fratrie, cousins germains) existe-t-il des antécédents de troubles notamment sur le plan cognitif (apprentissage) ou psychologique ou des élément de vie importants à signaler

|  |
| --- |
|  |

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

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

Evaluation humeur fonctionnement maternel

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Pas du tout | Un peu | Ça va encore | Pas mal | Beaucoup | Trop |
| Je me sens triste à l’interieur |  |  |  |  |  |  |
| Ça ce voit que je suis triste |  |  |  |  |  |  |
| Je suis tendue, irritable anxieuse |  |  |  |  |  |  |
| Je dors mal |  |  |  |  |  |  |
| Je n’ai pas faim |  |  |  |  |  |  |
| Je n’arrive pas à réfléchir, me concentrer |  |  |  |  |  |  |
| Je suis molle, je n’arrive pas à me bouger |  |  |  |  |  |  |
| Je n’ai plus de plaisir, plus d’intérêt |  |  |  |  |  |  |
| Je vois le verre toujours vide et jamais plein |  |  |  |  |  |  |
| J’ai envie de mourir ou des idées noires |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Partie Père**

Nom

Prénom

Age

Née le

Profession actuelle

Formation scolaire et professionnelle :

Antécédents personnels (oui/non et précisez si nécessaire)

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

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

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

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

Difficultés d’apprentissages ou comportementales ou dans le parcours scolaire en école ou collège

|  |
| --- |
|  |

Difficultés d’ordre visuel ? (myopie, hypermétropie, astigmatisme, amblyopie, strabisme)

|  |
| --- |
|  |

Difficultés d’audition ?

|  |
| --- |
|  |

Antécédents d’épilepsie ?

|  |
| --- |
|  |

Autres antécédents de santé importants vous concernant à mentionner ?

|  |
| --- |
|  |

Dans votre famille proche (père, mère, fratrie, cousins germains) existe-t-il des antécédents de troubles notamment sur le plan cognitif (apprentissage) ou psychologique ou des élément de vie importants à signaler

|  |
| --- |
|  |

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

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

Evaluation humeur fonctionnement maternel

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Pas du tout | Un peu | Ça va encore | Pas mal | Beaucoup | Trop |
| Je me sens triste à l’interieur |  |  |  |  |  |  |
| Ça ce voit que je suis triste |  |  |  |  |  |  |
| Je suis tendu, irritable anxieux |  |  |  |  |  |  |
| Je dors mal |  |  |  |  |  |  |
| Je n’ai pas faim |  |  |  |  |  |  |
| Je n’arrive pas à réfléchir, me concentrer |  |  |  |  |  |  |
| Je suis mou, je n’arrive pas à me bouger |  |  |  |  |  |  |
| Je n’ai plus de plaisir, plus d’intérêt |  |  |  |  |  |  |
| Je vois le verre toujours vide et jamais plein |  |  |  |  |  |  |
| J’ai envie de mourir ou des idées noires |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Fratrie (préciser pour chacun des enfants)

Nom prénom, date de naissance, âge actuel, classe actuelle, points forts et éventuelles difficultés ou problèmes de santé

Autres personnes en contact avec votre enfant

Si les parents sont séparés et la famille recomposée, pouvez-vous précisez la situation : nom ,prénom des personnes activité professionnelles de chacun, mode de garde ,autres enfants etc.

## HISTORIQUE DU DEVELOPPEMENT

Dans cette partie retour sur les différentes étapes du développement de votre enfant et sur ses apprentissages, la progression de son autonomie, y a-t-il eu du retard dans l’acquisition de certains stades ?

Grossesse, Accouchement et premières semaines (voir le carnet de santé >> ne pas oublier de le porter lors de la première consultation)

Contexte et déroulement de la grossesse (évènements particuliers ?)

Nombre de semaines d’aménorrhées :

Date de naissance :

Poids de naissance :

Périmètre crânien :

Score Apgar 1 mn (cf carnet de santé) :

Score Apgar 5 mn :

Taille naissance :

Problèmes lors de l’accouchement ou autour de la naissance :

## Les 6 premiers mois :

Difficultés ou troubles du Sommeil ?

Bébé plutôt calme ou très tonique ?

Difficultés pour l’alimentation ?

Existence de convulsions ou épilepsies ?

Coliques du nourrisson ?

Forme de la maman ?

Age des autres enfants à la naissance ? (S’il y a d’autres enfants)

Evénements particuliers dans ces 6 premiers mois ?

|  |
| --- |
|  |

## Les 3 premières années Comment s’est passé la petite enfance ?

* Age de la marche
* Age des premiers mots
* Age des premières phrases
* Age de la propreté nocturne
* Troubles du comportement dans le milieu familial ?
* Troubles ou difficultés alimentaires (refus, vomissement, difficultés ?)
* Troubles ou difficultés de sommeil (à quel âge, fréquence, durée) ?
* Maladies autres que les maladies infantiles habituelles (ex : convulsions, maladies chroniques, troubles de l’audition, troubles de la vision, pathologie ORL sévère, …) ?
* Accidents, traumatismes crâniens ? Interventions chirurgicales (date, nature)
* Evénement(s) particulier(s) dans ces 3 premières années

## Période 3 à 15 ans Analyse chronologique

A compléter en fonction de l’âge de votre enfant

##### Date et Age d’entrée en petite section de maternelle

Quelle école

Ville

Problèmes particuliers au cours de la scolarisation en maternelle (apprentissages, comportement)

Prises en charge ou bilans effectués durant cette période

Evènements de vie ou changements dans la famille ?

Autres éléments importants ?

##### Date et Age d’entrée en cours préparatoire

Quelle école

Ville

Problèmes particuliers au cours du CP et du CE1 (apprentissages, comportement)

Evènements de vie ou changements dans la famille ?

Prises en charge ou bilans effectués durant cette période

Autres éléments importants ?

##### Période CE2 -CM2

Quelle école

Ville

Problèmes particuliers au cours de la scolarisation (apprentissages, comportement)

Prises en charge ou bilans effectués durant cette période

Evènements de vie ou changements dans la famille ?

Autres éléments importants ?

##### Période Collège

Date et Age d’entrée au collège

Quel collège

Ville

Problèmes particuliers au cours de la scolarisation (apprentissages, comportement)

Prises en charge ou bilans effectués durant cette période

Evènements de vie ou changements dans la famille ?

Autres éléments importants ?

##### Période lycée /formation professionnelle

Date et Age d’entrée au lycée ou formation professionnelle

Quelle structure

Ville

Problèmes particuliers au cours de la scolarisation (apprentissages, comportement)

Prises en charge ou bilans effectués durant cette période

Evènements de vie ou changements dans la famille ?

Autres éléments importants ?

**Questionnaire spécifique pour votre enfant ou adolescent 1/1 v attention/cpt**

Bonjour

Nous allons nous rencontrer à la demande de ta famille pour une consultations spécifique concernant tes difficultés d’attention ou de concentration ou des difficultés sur le plan de tes interactions avec les autres (parents,amis,autres)

**Est tu demandeur toi aussi de cette consultation ?**

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Quels sont les problèmes que tu présentes aujourd’hui ? pour toi existe- t il un problème  et lequel ?**

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**As-tu d’autres difficultés actuellement, sur le plan émotionnel, sur tes pensées, tes comportements qui te gênent cette année**

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Es-tu préoccupé par ces difficultés et si oui qu’est-ce que tu crains et sinon pourquoi cela ne gêne pas**

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Est-ce que tu as des difficultés pour t’endormir ou est-ce que tu te réveilles souvent la nuit ?**

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Dans quel domaine es-tu le plus performant (scolarité ou autres)**

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Ton ou tes jeux vidéo favoris ?**

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Un Réseau Social : Insta ,FB ,What’s app, Autres, Fan de séries ,You tuber préféré ?**

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**As-tu des difficultés pour demander quelque chose à quelqu’un ?**  **Et si oui plutôt à qui ?**

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**As-tu des difficultés pour dire non quand tu as envie de refuser ?** **Et si oui plutôt à qui ?**

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**As du des difficultés pour faire des critiques ou donner ton avis ? Et si oui plutôt à qui ?**

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**As-tu des difficultés quand tu reçois des critiques ?** Et si oui plutôt à qui ?

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Est-ce que c’est facile pour toi de faire ou recevoir des Compliments ?** Et si oui plutôt à qui ?

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**As-tu des difficultés quand on te refuse quelque chose ou que tu ne peux pas obtenir rapidement ce que tu veux ?**

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

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

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

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

**Tu peux rajouter ci-après ce que tu veux**

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Merci pour ces réponses

J’aimerais que tu remplisses également deux ou 3 autres questionnaires que va te donner ta famille.

Le premier explore les peurs et les évitements

Le deuxième plutôt les modes de pensées

Le dernier (uniquement à partir de 13ans) la manière de gérer ses problèmes

Tu peux demander si tu le souhaites à mettre les réponses à toutes ses questions dans une enveloppe cachetée si tu ne veux pas que ta famille les consultent (c’est une option )

Merci de ta participation

Bien Cordialement

 **Docteur Jean Luc RIBEYROLLE**

**Questionnaires complémentaires**

(Vous cliquez sur les questionnaires et leur téléchargement va débuter )

## Questionnaire pour la famille  > [Comportement de votre enfant : SNAP 4](https://www.dropbox.com/s/gumjor7bg3pm2ho/002-Questionnaire%20de%20comportement%20SNAP%204.doc?dl=0)

Ce questionnaire SNAP 4 est destiné aux l’évaluation du comportement par les parents et va permettre de dépister des difficultés de fonctionnement, d’adaptation, des problèmes de gestion des emotions ou de pensées négatives.Ce ne sont que des chiffres, qui vont donner une certaine tendance. Vous pouvez ne pas être du même avis entre les deux parents, dans ce cas vous imprimez plusieurs exemplaires de ce questionnaire

## Questionnaires pour votre enfant ou adolescent

Il doit les compléter lui-même (vous pouvez l’aider éventuellement en fonction de son Age )

Nb Si votre enfant ou adolescent le souhaite, il peut mettre le questionnaire dans le dossier sous enveloppe cachetée, s’il préfère que vous ne consultiez pas ses réponses (posez lui la question)

* [L’échelle des peurs et des évitements ,ECAP](https://www.dropbox.com/s/81hxqt988g8q7ev/002-Echelle%20Anxi%C3%A9t%C3%A9%20ECAP%20cat%C3%A9goris%C3%A9e.doc?dl=0),permet d’évaluer l’anxiété et le comportement dans différentes situations
* L’échelle des schémas précoces, ISPE ,tout âge ,choisir [ispe version fille](https://www.dropbox.com/s/47g393aeex0q5bz/004-inventaire%20des%20schemas%20pr%C3%A9coce%20enfant-filles.doc?dl=0) ou [ispe version garçon](https://www.dropbox.com/s/0e5qknhwnjyirhw/004-inventaire%20des%20schemas%20pr%C3%A9coce%20enfant-gar%C3%A7on.doc?dl=0)
* [L’échelle de coping ,ECA](https://www.dropbox.com/s/befohlqa9xeqs0h/003-%C3%89chelle%20de%20Coping%20pour%20adolescents.doc?dl=0),( enfants de plus de 13 ans) ( comment je réagis quand j’ai un problème )

## [Questionnaire pour votre Médecin traitant](https://www.dropbox.com/s/9tsloq9p8lvyx5q/003-courrier%20liaison%20medecin%20traitant%20-vEA%202022-02.docx?dl=0)

## À imprimer et compléter par votre médecin dans le cadre du parcours de soin et pour qu’il puisse me donner ses coordonnées internet pour recevoir un compte rendu du bilan..à joindre au dossier

## [Questionnaire pour l’école](https://www.dropbox.com/s/ekncdt836kaxo61/003-questionnaires%20Ecole%20-v2019-08-24.pdf?dl=0) ou le [collège](https://www.dropbox.com/s/sogp4moygwkgtw8/003-questionnaire%20Coll%C3%A8ge%20-v2019-08-24.pdf?dl=0)

## A imprimer et à remettre à l’enseignant (parfois certains refusent ) et joindre au dossier

## [Questionnaire pour les Rééducateurs](https://www.dropbox.com/s/l8g1idbe08wbf5a/003-questionnaire%20pro%20de%20sant%C3%A9%20-2019-08.pdf?dl=0)

## Orthophoniste, psychomotriciens, psychologue, ergothérapeute, etc à imprimer et donner aux rééducateurs puis joindre au dossier

## Bilans complementaires à effectuer en fonction du cas de votre enfant

Si il n’a eu de bilan orthophonique ou si celui-ci est ancien et qu’il existe aussi un probleme d’apprentissage ,vous téléchargez la [demande de bilan orthophonique](https://www.dropbox.com/s/5bseqjmq67v1nrv/008-Bilan%20Orthophonique%20Investigation.pdf?dl=0) et vous la donner à l’orthophoniste pour la réalisation de l’évaluation .

Si il dors mal ou s’endors dans la journée,completez [l’évaluation des troubles du sommeil](https://www.dropbox.com/s/1bdg885lacdecmj/006-quest%20d%C3%A9pistage%20%20trouble%20sommeil%20enfant.pdf?dl=0)

Si votre enfant n’a pas fait de **bilan ophtalmo ou orl recent** ou si un bilan orthoptique neuro visuel est justifié (strabisme, difficultés pour coordonner les mouvement des yeux ) ,télécharger les demandes de bilan ci-dessous

[Bilan ophtalmologique](https://www.dropbox.com/s/hqkhdsv96sut2wr/008-Bilan%20Ophtalmologique%20-acuit%C3%A9%20visuelle%20.pdf?dl=0)

[Bilan orl d’audiométrie](https://www.dropbox.com/s/etdk17ntacm642t/008-Bilan%20Orl%20-acuit%C3%A9%20auditive.pdf?dl=0)

[Bilan orthoptique neuro visuel](https://www.dropbox.com/s/gaugk2tjaymgz4m/Bilan%20Orthoptique%20Neuro%20visuel%20-v2011-.pdf?dl=0)

Je comprends que tout cela vous demande pas mal de travail, mais la constitution de ce dossier est déjà un élément très important de cette consultation de niveau 2 dont il constitue la trame. Une fois que tous les éléments sont réunis, vous m’envoyer le plus tôt possible le dossier avec le règlement par chèque de 50 euros correspondant à l’étude de votre dossier.

Merci pour ce travail et à très bientôt

**Docteur Jean Luc RIBEYROLLE**