

**PLATEFORME D'ORIENTATION EN PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE  
L'ADOLESCENT (POP)  
FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

*« Suite à votre appel et pour poursuivre nos échanges, veuillez compléter ce « Formulaire Famille » pour créer le dossier de soin de votre enfant. Vous pouvez modifier vos réponses jusqu'à 28 jours après réception de ce mail. Aucune question et aucun questionnaire n'est obligatoire pour accéder à des soins. Les questionnaires peuvent simplement améliorer la compréhension des besoins de l'enfant »*

*Nous vous informons que dans le cadre de son activité, la Plateforme d'orientation en pédopsychiatrie (POP) recueille et traite les données du présent questionnaire et les compile dans un dossier médical informatisé. »*

**QUESTIONNAIRE REMPLI PAR :**

**Lien de parenté**

Le père  La mère  Famille d'accueil  Autre

Préciser (si autre) :

**ENFANT/ADOLESCENT**

Nom : Prénom :

Sexe : Féminin  Masculin  Autre

Date de naissance :

Nom, prénom et âge des frère(s)/sœur(s) :

Nom et prénom de l'assuré social :

Numéro d'immatriculation sociale/ sécurité sociale :

Régime d'affiliation :

CMU : OUI  NON

Complémentaire ou mutuelle : OUI  NON

**COORDONNEES ET INFORMATIONS ADMINISTRATIVES**

**Parent 1**

Nom et Prénom :

Profession :

Adresse :

Téléphone - Mail :

**Parent 2**

Nom et Prénom :

Profession :

Adresse (si différente de celle du premier parent) :

Téléphone - Mail :

**Situation familiale - Parents**

Mariage/ Concubinage  Séparation/divorce  Célibataire  Autre

Mesure de protection de l'enfance OUI\*  NON  Date :

**Mesure administrative :**

AEA/AED – Aide éducative Administrative/Domicile  Placement administratif – APP

**Mesure judiciaire :**

AEMO – Action Educative en Milieu Ouvert

MJIE – Mesure Judiciaire d'Investigation Educative

Placement Judiciaire

Nom et Prénom du référent de la mesure :

Coordonnées :

Placement OUI\*  NON

\*Nom de la structure d'accueil

Coordonnées :

**ORIENTATION ET ATTENTE**

Quelles sont vos préoccupations actuelles pour votre enfant-? (Santé / Scolarité / Comportement, etc.) :

Comment se comporte votre enfant à la maison ?

**SOMMEIL DE VOTRE ENFANT**

Votre enfant présente-t-il des difficultés de sommeil ? OUI  NON  NSP

Si oui, Préciser lesquelles (endormissement, réveil nocturne, cauchemars, énurésie, etc.)

Heures de coucher : Heures de lever :

Dort-il seul ou dans une chambre partagée ?

## **SANTE DE VOTRE ENFANT ET DE LA FAMILLE**

Un diagnostic a-t-il déjà été posé ?

Si oui, Diagnostic(s) :

Par qui :

Quels sont les ATCD de maladie ou accidents graves de votre enfant (ex : hospitalisations, problèmes ORL, maladies importantes) :

Votre enfant a-t-il pris ou prend-il un traitement médicamenteux en relation avec une maladie chronique ou pour un trouble du comportement ?

OUI  NON

Si oui, préciser quel médicament, quand, la durée et la fréquence du traitement et pourquoi il a pris cela:

### **Concernant l'audition et la vue de votre enfant :**

Y a-t-il déjà eu diagnostic ou suspicion d'un problème d'audition chez votre enfant ? OUI  NON

Précisez s'il a déjà vu un ORL : OUI  NON  Date et résultat de l'examen :

Précisez s'il a déjà vu un ophtalmologue ou orthoptiste OUI  NON  Date et résultat de l'examen :

A-t-il un dossier auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées MDPH ?

OUI  NON  Si oui, à quelle date ?

Notification MDPH :

A-t-il une affection Longue Durée (ALD) c'est-à-dire une prise en charge à 100% ? OUI  NON

Votre enfant a-t-il actuellement une prise en charge CMP, en Hôpital de Jour, dans un CAMSP, un SESSAD, un IME, un CMPP, un ITEP, etc. ? OUI\*  NON

\*Nom et coordonnées des établissements

## **DEVELOPPEMENT DE VOTRE ENFANT**

### **Premiers développements :**

Avez-vous eu des inquiétudes concernant le développement de votre enfant (marche, langage, interaction sociale etc...) ? OUI  NON  Si oui lesquels :

Âge des premiers signes d'inquiétudes :

Votre enfant est-il né à terme ? OUI  NON  Précisez ...

Difficultés éventuelles autour de l'accouchement :

Taille (en cm) de naissance :

Poids (en kg) de naissance :

A quel âge a-t-il marché seul ?

A quel âge a-t-il dit ses premiers mots (ex : « gâteau ») même si mal prononcés ?

Votre enfant a-t-il acquis la propreté de jour et de nuit ? OUI  NON

Si oui, précisez à quel âge ?

**Langage :**

Fait-il fréquemment des phrases avec 3 mots au moins ? OUI  NON

Rapporte-t-il des éléments qui se sont passés à l'école ou par le passé ? Donnez des exemples de phrase qu'il peut faire ou des sujets de conversation qu'il peut avoir ?

**Motricité :**

Votre enfant a-t-il des maladresses, des difficultés à tenir son stylo ou à s'habiller seul (boutons/lacets) etc. ? OUI  NON  Précisez :

Votre enfant a-t-il un manque d'équilibre, des difficultés en course, démarche, à sauter, jouer au ballon, faire du vélo, de la trottinette, etc. ? OUI  NON  Précisez :

**Psychoaffectif :**

Estimez-vous que votre enfant ait vécu un ou plusieurs événements traumatisants ?

OUI\*  NON

\*Age lors de(s) évènement(s) :

\*Age auquel vous avez appris le(s) évènement(s) :

\*Contexte de l'évènement (familial, scolaire, extra-scolaire) :

Y a-t-il eu un suivi ? OUI\*  NON  Par qui ?

Y a-t-il eu une action en justice ? OUI\*  NON  Laquelle ?

**Veuillez cocher pour chaque affirmation si elle est plutôt vraie, parfois ou un peu vraie et jamais vraie.**

Plutôt vraie Parfois ou un peu vraie Jamais vraie

Est sensible aux autres, tient compte de ce qu'ils pensent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agité(e), turbulent(e), hyperactif (ve), ne tient pas en place	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se plaint souvent de maux de tête ou d'estomac, ou de nausées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partage facilement avec les autres enfants (friandises, jouets, crayons, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fait souvent des colères, s'énerve facilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plutôt solitaire, à tendance à jouer seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En général obéissant(e) envers les adultes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'inquiète souvent, paraît soucieux (se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide volontiers quand quelqu'un s'est fait mal ou ne se sent pas bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A la bougeotte, se tortille constamment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A au moins un(e) ami(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se bagarre souvent avec les autres enfants ou s'amuse à leur faire du mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souvent malheureux (se), abattu(e) ou pleure souvent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Généralement aimé(e) des autres enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facilement distrait(e), a du mal à se concentrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal à l'aise ou se cramponne aux adultes dans les situations nouvelles, perd facilement ses moyens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gentil(le) avec les enfants plus jeune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ment ou triche souvent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se fait souvent embêter par les autres enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toujours prêt(e) à aider les autres (parents, professeurs, autres enfants)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réfléchit avant d'agir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vol à la maison, à l'école ou ailleurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'entend mieux avec les adultes qu'avec d'autres enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A de nombreuses peurs, facilement effrayé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Va jusqu'au bout des tâches ou devoirs, bonne capacités d'attention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous d'autres éléments à nous communiquer sur la santé de votre enfant ? OUI  NON   
Si oui précisez :

**Merci pour ces retours, nous restons disponibles pour tout renseignement complémentaire au 0 800 71 51 50 (numéro gratuit non surtaxé de 9h à 17h du lundi au vendredi) sur POP-MEF ou par mail 2332@ch-le-vinatier.fr**