

Chef de Service

**Dr J. NGUYEN**  
10003683397

Praticiens Hospitaliers

**Dr G. CADET**  
10100510139

**Dr J. DESMONTILS**  
10100809838

**Dr B. DESSE**  
10100408094

**Dr C. MENEGUZ BLEUSE**  
10003296976

**Dr O. PINCEMAILLE**  
10003918066

Assistants Spécialistes

**Dr P. CHAVANES**  
10100955052

**Dr C. CIAIS**  
10101251550

Praticiens Attachés

**Dr L. BORNEBUSCH**  
Diabétologie Pédiatrique  
10003428470

**Professeur J. BREAUD**  
Chirurgie Pédiatrique  
10003432175

**Dr M.-S. GULLON**  
Pédo-Psychiatrie  
10002457017

**Dr T. HUBICHE**  
Dermatologie Pédiatrique  
10002827441

**Dr N. VANDENBULCKE**  
Troubles des apprentissages  
10002328986

Cadre de santé  
**Mme P. MEUNIER**

Psychologues  
**Mme V. BISCAY**  
**Mme F. RIGAUD**

Orthophoniste  
**Mme D. MARMOD**

Madame, Monsieur,

Vous sollicitez un avis dans le service en raison de « Troubles cognitifs et des Apprentissages » pour votre enfant.

Afin d'évaluer au mieux votre demande et les suites à y donner, nous vous invitons à nous transmettre **l'ensemble** des éléments suivants :

- « Fiche de liaison médicale » complétée par le médecin qui vous adresse au cours d'une consultation dédiée. Ce document est **obligatoire** pour l'étude de votre demande,
- « Questionnaire famille »,
- Copie des documents relatifs aux difficultés rencontrées :
  - Comptes-rendus des bilans sensoriels (ophtalmologie, audiométrie),
  - Comptes-rendus des bilans paramédicaux déjà réalisés : orthophonie, psychomotricité, ergothérapie, orthoptie, etc.,
  - Comptes-rendus d'évaluation intellectuelle (WPPSI, WISC, NEMI, ou KABC) et/ou d'évaluation neuropsychologique (fonctions attentionnelles, fonctions exécutives,...),
  - Documents scolaires : bulletins ou livrets de l'année en cours et de l'année précédente, comptes-rendus des réunions d'équipe éducative, GEVA-sco,
  - Documents MDPH si votre enfant est connu de cet organisme et bénéficie de mesures de compensation (PPS, AAEH, Aide humaine).

Vous pouvez à votre convenance déposer votre **dossier complet** au secrétariat du service ou l'envoyer par voie postale à l'adresse suivante :

**HOPITAL DE GRASSE**  
**SECRETARIAT DE PEDIATRIE**  
**BP 53149**  
**06135 GRASSE CEDEX**

Après étude des éléments que vous nous avez transmis, si la situation de votre enfant nécessite des évaluations complémentaires ou une consultation médicale spécialisée, nous vous proposerons un rendez-vous. Dans le cas contraire, nous vous réorienterons vers votre médecin traitant après un entretien-conseil téléphonique.

Dans l'attente du dossier de votre enfant, recevez, Madame, Monsieur, nos salutations.

L'équipe *Unité de Bilan des Troubles cognitifs et des Apprentissages*



**UNITE DE BILAN DES TROUBLES COGNITIFS ET DES APPRENTISSAGES**

**- FICHE DE LIAISON MEDICALE –**

**A compléter par le médecin traitant de l'enfant**

*Madame, Monsieur, Cher Confrère,*

*Afin d'examiner au mieux votre demande concernant la situation de votre patient, nous vous serions reconnaissants de bien vouloir renseigner cette fiche de liaison.*

*Avec nos remerciements, l'équipe Unité de Bilan des Troubles Cognitifs et des Apprentissages.*

**PATIENT CONCERNE**

Nom :

Prénom :

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nom de la mère :

Nom du père :

**MOTIF(S) DE LA DEMANDE D'AVIS**

- Etablir/Affiner un diagnostic
- Etablir/Affiner un plan de soins
- Définir les aménagements à mettre en œuvre/à poursuivre en milieu scolaire

Précisions éventuelles :

**DERNIERS BILANS SENSORIELS**

*Les évaluations sensorielles sont des pré-requis indispensables à tout avis*

Bilan ophtalmologique

Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Résultats :

Correction optique :  oui  non

Bilan orthoptique

Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Résultats :

Bilan audiométrique

Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Résultats :

**SELON VOUS LES DIFFICULTES RENCONTREES PAR VOTRE PATIENT CONCERNENT :**

**Le langage oral**

Un bilan orthophonique a-t-il été réalisé ?  Oui  Non

A quelle date ? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Compte-rendu reçu ?  Oui  Non

Soins mis en place ?  Oui  Non

**La lecture / l'orthographe**

Un bilan orthophonique a-t-il été réalisé ?  Oui  Non

A quelle date ? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Compte-rendu reçu ?  Oui  Non

Soins mis en place ?  Oui  Non

**Les mathématiques**

Un bilan orthophonique a-t-il été réalisé ?  Oui  Non

A quelle date ? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Compte-rendu reçu ?  Oui  Non

Soins mis en place ?  Oui  Non

**L'efficience intellectuelle / les capacités globales**

Un bilan psychologique/neuropsychologique (WPPSI, WISC) a-t-il été réalisé ?  Oui  Non

A quelle date ? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Compte-rendu reçu ?  Oui  Non

Soins mis en place ?  Oui  Non

**L'attention / concentration**

Un bilan neuropsychologique a-t-il été réalisé ?  Oui  Non

A quelle date ? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Compte-rendu reçu ?  Oui  Non

Soins mis en place ?  Oui  Non

**L'écriture / les compétences motrices**

Un bilan a-t-il été réalisé en psychomotricité ou ergothérapie ?  Oui  Non

A quelle date ? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Compte-rendu reçu ?  Oui  Non

Soins mis en place ?  Oui  Non

**Le comportement**

Une consultation spécialisée a-t-elle été réalisée ?  Oui  Non

A quelle date ? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Compte-rendu reçu ?  Oui  Non

Soins mis en en place ?  Oui  Non

**Les interactions sociales**

Une consultation spécialisée a-t-elle été réalisée ?  Oui  Non

A quelle date ? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Compte-rendu reçu ?  Oui  Non

Soins mis en en place ?  Oui  Non







## CONTEXTE ACTUEL

SELON VOUS COMMENT SE SITUE ACTUELLEMENT VOTRE ENFANT DANS LES DOMAINES SUIVANTS

### Autonomie

- |  |                              |                                   |                              |
|--|------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| S'habille seul   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Rarement | <input type="checkbox"/> Non |
| Enfile correctement ses vêtements                            | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Rarement | <input type="checkbox"/> Non |
| A des difficultés pour boutonner son jean, ses chemises      | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Rarement | <input type="checkbox"/> Non |
| Fait seul sa toilette  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Rarement | <input type="checkbox"/> Non |
| A des difficultés à utiliser ses couverts                    | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Rarement | <input type="checkbox"/> Non |
| A des difficultés à se verser à boire                        | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Rarement | <input type="checkbox"/> Non |
| Mange proprement   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Rarement | <input type="checkbox"/> Non |
| Il vous paraît maladroit (se cogne, renverse les objets,...) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Rarement | <input type="checkbox"/> Non |

### Alimentation et habitudes alimentaires

- |                             |                              |  |                              |
|-----------------------------|------------------------------|--|------------------------------|
| Son alimentation est variée | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Rarement          | <input type="checkbox"/> Non |
| Il mâche bien les aliments  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Rarement          | <input type="checkbox"/> Non |
| Difficultés                 | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui. Lesquelles : |                              |

### Sommeil

- |                                |                              |                                   |                              |
|--------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| A peur d'aller se coucher seul | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Rarement | <input type="checkbox"/> Non |
| Se réveille la nuit            | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Rarement | <input type="checkbox"/> Non |
| Fait des cauchemars            | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Rarement | <input type="checkbox"/> Non |
| Demande à dormir avec vous     | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Rarement | <input type="checkbox"/> Non |
| Episodes d'énurésie            | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Rarement | <input type="checkbox"/> Non |

### Activités et loisirs

Loisirs et Activités extrascolaires régulières (en clubs, en famille,...) :

Quelles sont ses occupations/activités préférées ?

- |  |                              |                                   |                              |
|--|------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| Apprécie de faire des puzzles                      | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Rarement | <input type="checkbox"/> Non |
| Apprécie de faire des constructions                | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Rarement | <input type="checkbox"/> Non |
| Se sert du modèle lorsqu'il fait ses constructions | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Rarement | <input type="checkbox"/> Non |

### Orientation dans le temps

Se repère bien dans le temps (moments de la journée, jours de la semaine, mois, temps qui passe...)

- |                              |                                   |                              |
|------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Rarement | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|

### Orientation dans l'espace

Se repère facilement dans un lieu connu

- |                              |                                   |                              |
|------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Rarement | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|

## CONTEXTE ACTUEL

SELON VOUS COMMENT SE SITUE ACTUELLEMENT VOTRE ENFANT DANS LES DOMAINES SUIVANTS

### Comportements et relations avec les autres

- Relations avec les enfants de son âge  Très bonnes  Bonnes  Moyennes  Mauvaises
- Est à l'aise pour se joindre à un groupe d'enfants  Oui  Rarement  Non
- Est invité aux fêtes d'anniversaire de ses copains  Oui  Rarement  Non
- Peut se montrer agressif envers les autres  Oui  Rarement  Non
- Peut être la cible de moqueries  Oui  Rarement  Non
- A tendance à se dévaloriser  Oui  Rarement  Non
- A tendance à s'isoler  Oui  Rarement  Non
- Fait des colères et/ou faisait des colères lorsqu'il était petit  Oui  Rarement  Non
- Vous le trouvez hypersensible et/ou émotif  Oui  Rarement  Non
- Peut avoir des réactions vives et théâtralisées  Oui  Rarement  Non
- Réagit de manière exagérée lorsqu'il n'obtient pas ce qu'il demande  Oui  Rarement  Non
- Réagit de manière exagérée lorsqu'il se sent en difficulté ou en échec  Oui  Rarement  Non

### Anxiété

- Est à l'aise pour prendre la parole dans un groupe (exposés,...)  Oui  Rarement  Non
- Est à l'aise dans les lieux publics (bus, tram, centres commerciaux...)  Oui  Rarement  Non
- Téléphone à ses copains  Oui  Rarement  Non
- A déjà vécu un événement qui l'a terrifié(e)  Oui  Rarement  Non
- S'inquiète plus que les autres enfants du même âge  Oui  Rarement  Non
- S'inquiète au sujet de choses avant qu'elles ne se produisent  Oui  Rarement  Non
- S'inquiète vraiment de ce que les autres pensent de lui/d'elle  Oui  Rarement  Non
- A peur que quelque chose n'arrive à une personne de son entourage  Oui  Rarement  Non
- S'inquiète de manière exagérée à propos de l'école  Oui  Rarement  Non
- Peut être absent de l'école parce qu'il a mal au ventre, à la tête...  Oui  Rarement  Non
- A peur de dormir ailleurs que chez lui  Oui  Rarement  Non
- A peur de se retrouver seul dans une pièce  Oui  Rarement  Non
- Se montre timide et/ou nerveux avec des personnes inconnues  Oui  Rarement  Non
- Certaines peurs l'empêchent de faire des activités qu'il aime  Oui  Rarement  Non
- Présente des peurs irraisonnées (chien, insectes, ascenseurs...)  Oui  Rarement  Non
- Est à l'aise pour utiliser des toilettes en dehors du domicile  Oui  Rarement  Non
- Peut se montrer soucieux/préoccupé de manière exagérée  Oui  Rarement  Non
- Peut répéter des gestes et/ou des paroles qui semblent « curieux »  Oui  Rarement  Non

### Habiletés motrices

- A des difficultés dans les activités physiques demandant de l'équilibre et/ou une bonne coordination (sauter, faire du vélo, nager, jeux de ballons...)  Oui  Rarement  Non
- Aime faire du sport  Oui  Rarement  Non
- A des difficultés pour découper avec des ciseaux  Oui  Rarement  Non
- Apprécie les loisirs créatifs, le bricolage  Oui  Rarement  Non

## CONTEXTE ACTUEL

SELON VOUS COMMENT SE SITUE ACTUELLEMENT VOTRE ENFANT DANS LES DOMAINES SUIVANTS

### Dessin, Coloriage, Écriture

- Difficultés pour colorier  Oui  Rarement  Non
- Aime dessiner  Oui  Rarement  Non
- Son écriture est toujours lisible par un tiers  Oui  Rarement  Non
- Parvient toujours à se relire  Oui  Rarement  Non
- Parvient à écrire lisiblement si on lui laisse plus de temps  Oui  Rarement  Non
- Est lent lorsqu'il copie au tableau  Oui  Rarement  Non
- Parvient à prendre ses cours en entier  Oui  Rarement  Non

### Langage oral

Langue(s) maternelle(s) : \_\_\_\_\_

Langue(s) parlée(s) à la maison : \_\_\_\_\_

- Le langage a mis du temps à se mettre en place  Oui  Non
- On le comprend toujours quand il parle  Oui  Rarement  Non
- Structure bien ses phrases  Oui  Rarement  Non
- Trouve toujours les mots justes  Oui  Rarement  Non
- A beaucoup de vocabulaire  Oui  Rarement  Non
- Conjugué bien les verbes  Oui  Rarement  Non
- Est capable de raconter une histoire  Oui  Rarement  Non
- Est capable de résumer une histoire  Oui  Rarement  Non
- A besoin qu'on lui répète ou qu'on lui reformule les consignes pour faire les activités ?  
 Oui  Rarement  Non
- A tendance à regarder comment font les autres avant de commencer les activités ?  
 Oui  Rarement  Non

### Lecture/Orthographe/Grammaire

- Niveau actuel de lecture  Très Bon  Normal  Mauvais  Non lecteur
- Aime lire et/ou lit pour son plaisir  Oui  Rarement  Non
- Comprend ce qu'il lit  Oui  Rarement  Non
- Réussit mieux les exercices quand on lui lit les consignes  Oui  Rarement  Non
- Son niveau en orthographe est  Très Bon  Normal  Mauvais
- Sépare bien les mots quand il écrit des phrases  Oui  Rarement  Non
- Écrit souvent le même mot de plusieurs manières différentes  Oui  Rarement  Non
- On comprend facilement ce qu'il écrit  Oui  Rarement  Non

### Mathématiques/Géométrie

- A des difficultés pour compter  Oui  Rarement  Non
- A des difficultés en calcul mental  Oui  Rarement  Non
- A des difficultés pour poser des opérations  Oui  Rarement  Non
- A des difficultés pour apprendre les tables de multiplications et/ou les oublie très rapidement  
 Oui  Rarement  Non
- A des difficultés pour lire les tableaux à double entrée  Oui  Rarement  Non
- A des difficultés pour résoudre des problèmes mathématiques  Oui  Rarement  Non
- A des difficultés en géométrie  Oui  Rarement  Non
- A des difficultés pour utiliser les outils scolaires (gomme, règle, compas,...)  
 Oui  Rarement  Non

## CONTEXTE ACTUEL

SELON VOUS COMMENT SE SITUE ACTUELLEMENT VOTRE ENFANT DANS LES DOMAINES SUIVANTS

### Capacités d'attention

- Reste concentré longtemps sur une même activité  Oui  Rarement  Non
- Est facilement distrait par ce qui se passe autour de lui  Oui  Rarement  Non
- Oublie des choses ou ses affaires  Oui  Rarement  Non
- Vous observez des difficultés de concentration dans la vie quotidienne et/ou les loisirs ?  
 Oui  Rarement  Non
- Des difficultés de concentration sont observées à l'école  Oui  Rarement  Non
- Attend facilement son tour (cantine, jeux de société, file d'attente du cinéma, ...)  
 Oui  Rarement  Non
- Bouge beaucoup et/ou a du mal à rester assis (en classe, au cinéma, lors des repas,...)  
 Oui  Rarement  Non
- Agit plus vite qu'il ne réfléchit  Oui  Rarement  Non
- Répond aux questions avant qu'elles ne soient complètement posées (impulsivité)  
 Oui  Rarement  Non
- A du mal à aller se coucher et/ou s'endormir à cause de son agitation et/ou son excitation  
 Oui  Rarement  Non
- Ne semble jamais fatigué  Oui  Rarement  Non
- Semble avoir besoin d'être sans arrêt en activité (y compris lors des repas)  
 Oui  Rarement  Non
- L'agitation et/l'impulsivité sont observées à l'école  Oui  Rarement  Non

### Fonctionnement exécutif

- A du mal à prendre appui sur les conseils qui lui sont donnés et persévère dans ses erreurs  
 Oui  Rarement  Non
- Pose plusieurs fois les mêmes questions même si vous lui avez déjà répondu  
 Oui  Rarement  Non
- Ne peut s'empêcher de toucher ou d'attraper des objets  
 Oui  Rarement  Non
- Change régulièrement de sujet de conversation au fil de son discours  
 Oui  Rarement  Non
- A des difficultés pour trouver différentes solutions à une situation problème  
 Oui  Rarement  Non
- A des difficultés pour envisager une même situation sous plusieurs points de vue  
 Oui  Rarement  Non
- A des difficultés pour retenir la totalité des consignes longues  
 Oui  Rarement  Non
- Oublie ce qui lui a été demandé si un élément extérieur vient le perturber alors qu'il est en train de réaliser la tâche initialement demandée  
 Oui  Rarement  Non
- Apprend facilement par cœur  Oui  Rarement  Non
- A des difficultés pour remplacer ou ajouter une information à son raisonnement sans en perdre le fil  
 Oui  Rarement  Non
- A des difficultés pour prendre des décisions ou faire des choix  
 Oui  Rarement  Non
- A des difficultés pour s'organiser  Oui  Rarement  Non

## PARCOURS SCOLAIRE

### **Actuellement**

Année scolaire :

Classe :

Etablissement :

Aménagements scolaires en cours :

- Aucun à votre connaissance
- PAP
- Enfant connu par la MDPH :  Non  Oui depuis \_\_\_\_\_
- Mesures compensatoires validées par la MDPH
  - PPS – Date d'échéance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
  - AESH (aide humaine) :  
Quotité hebdomadaire :  
Date d'échéance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
  - Matériel adapté (ordinateur par exemple)  
Date échéance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### **Ecole maternelle**

Année d'entrée en maternelle :

- Scolarisation  Classe Ordinaire  ULIS maternelle
- Difficultés importantes de séparation  Oui  Rarement  Non
- Participation aux activités  Très Bonne  Bonne  Mauvaise
- Apprentissages  Facile  Normaux  Difficiles  Impossibles
- Jouait-il facilement avec les autres enfants  Oui  Non

### **Ecole primaire**

Année d'entrée en primaire :

- Scolarisation  Classe Ordinaire  ULIS école
- Apprentissage de la lecture :  Facile  Normale  Difficile  Impossible
- Apprentissage de l'écriture :  Facile  Normal  Difficile  Impossible
- Apprentissage de l'orthographe :  Facile  Normal  Difficile  Impossible
- Apprentissages mathématiques (calcul, problèmes, géométrie, raisonnement) :  
 Facile  Normal  Difficile  Impossible
- Proposition de redoublement et/ou redoublement  Oui  Non
- Quelle classe ?

Aides proposées ? (Aménagements pédagogiques, soutien scolaire, PAI, PPS, Rased...)

- Oui  Non

Lesquelles ?

Fait-il ses devoirs seul ?  Oui  Non

Si non quelle aide lui apportez-vous ?

Temps de travail chaque soir ?

## PARCOURS SCOLAIRE

### **Collège**

Année d'entrée au collège :

Scolarisation  Classe Ordinaire  SEGPA  ULIS

Difficultés rencontrées ?

Dans quelles matières ?

Proposition de redoublement et/ou redoublement  Oui  Non

Quelle classe ?

Aides proposées ? (Aménagements pédagogiques, soutien scolaire, PAI, PPS...)

Oui  Non

Lesquelles ?

Fait-il ses devoirs seul ?  Oui  Non

Si non quelle aide lui apportez-vous ?

Temps de travail chaque soir ?

### **Lycée**

Année d'entrée au lycée :

Filière :

Difficultés rencontrées ?

Dans quelles matières ?

Proposition de redoublement et/ou redoublement  Oui  Non

Quelle classe ?

Aides proposées ? (Aménagements pédagogiques, soutien scolaire, PAI, PPS...)

Oui  Non

Lesquelles ?

Fait-il ses devoirs seul ?  Oui  Non

Si non quelle aide lui apportez-vous ?

Temps de travail chaque soir ?

**SOINS ET REEDUCATIONS (PASSES ET ACTUELS)**

**Maladies Chroniques**       Non    Oui. Lesquelles ?

**Traitements médicamenteux en cours**    Non    Oui. Lesquels ?

**Soins et rééducations**

	<u>Soins passés</u> Dates, Fréquence, nom des professionnels	<u>Soins en cours</u> Fréquence, nom des professionnels
Orthophonie		
Psychomotricité		
Ergothérapie		
Orthoptie		
Neuropsychologie		
Accompagnement psychologique		
Prise en charge par une équipe pluridisciplinaire (CAMSP, CMP, CRA, SESSAD)		
Autres prises en charge		

*Pour finir....*

Qui vous a conseillé de constituer ce dossier ?

Pouvez-vous nous dire en quelques mots quels sont les motifs de votre demande (toutes les informations sont intéressantes, merci !)

Questionnaire complété par :

Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_