



Questionnaire d'admissibilité

(A remplir par les professionnels de Santé prenant en charge l'enfant).

Merci de remplir très précisément ce questionnaire et d'y joindre les bilans et examens demandés afin de nous permettre d'étudier la demande d'admission de l'enfant dans le réseau DYS42. Une lettre détaillée peut aussi être jointe.

NOM et PRENOM de l'enfant :

.....

Date de naissance :

1/ Raisons médicales très précises motivant la demande d'admission

dans le réseau DYS 42

(A renseigner si vous êtes le praticien qui adresse l'enfant dans le Réseau, sinon passez à la question 3)

.....

.....

2/ Qu'attendez-vous du réseau DYS 42 ?

Un diagnostic

Des bilans complémentaires. Si oui lesquels ?

.....

Une meilleure compréhension des troubles

L'amélioration de la prise en charge

L'amélioration de la communication avec les autres professionnels s'occupant de l'enfant

Autre :

3/ Votre estimation de la sévérité des troubles (entourez la bonne réponse)

Gênants - Très gênants - Sévères - Handicapants - Très handicapants

4/ Depuis quand connaissez-vous cet enfant et depuis quand le suivez-vous ?

.....

5.1/ Pour quelles raisons le suivez-vous ?

(Joindre le bilan initial et les éventuels bilans de suivi).

.....

5.2/ Un ou plusieurs diagnostics ont-ils été posés ?

.....

Questionnaire d'admissibilité

6/ Le patient a-t-il ou a-t-il eu d'autres prises en charge ?

Oui Non

Par qui ? Autre professionnel libéral CMP CMPP CHU SESSAD

Précisez :

Depuis quand et à quelle fréquence ?

7/ Selon vous quelle a été l'évolution ? (Entourez la bonne réponse)

Amélioration - Amélioration mais peu satisfaisante - Aggravation

Détaillez :

.....

8/ Y a-t-il des troubles psychiques associés ? Oui Non

Troubles attentionnels Oui Non

Instabilité psycho-motrice Oui Non

Agressivité Oui Non

Apathie Oui Non

Désintérêt face au travail scolaire Oui Non

Désintérêt face au travail en rééducation Oui Non

Troubles anxio-dépressifs Oui Non

Précisez :

.....

9/ Remarques particulières (Coopération parentale, relation avec l'entourage, l'école)

.....

.....

Cachet du professionnel de santé

A le .. / .. / ..

Signature du professionnel de santé