

Nom :

Prénom :

Date de naissance : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

**DOSSIER DE DEMANDE DE COORDINATION DE PARCOURS  
De bilan et d'interventions précoces**

**Plateforme de Coordination TND 31**

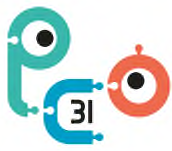
CHU Purpan - PCO TND 31  
 Pavillon Rayer – 1er étage – Porte PEE 110  
 Place du Docteur Baylac, TSA 40031, 31059 Toulouse cédex  
 ☎ 05 61 77 63 74

<b>Date de réception :</b>  (remplie par la PCO)	<b>Médecin adresseur :</b>  (remplie par la PCO)	<b>N° de dossier :</b>  (remplie par la PCO)
--	--	--

IDENTIFICATION DE L'ENFANT		
NOM : ..... Prénom : ..... Genre : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Date de naissance :  _ _   _ _   _ _ _ _  Commune de naissance : .....  Affection longue durée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Motif : .....		

ANTECEDENTS FAMILIAUX ET PERSONNEL				
	Chirurgicaux	Médicaux	Psychiatriques	Troubles des apprentissages
Enfant				
Mère				
Père				
Fratrie				
Consanguinité : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Traitement médicamenteux au long cours : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui lequel ?.....				

NAISSANCE
Lieu de naissance (nom de l'établissement) : ..... Age gestationnel (en SA) : ..... Présentation : <input type="checkbox"/> Sommet <input type="checkbox"/> Siège <input type="checkbox"/> Autres Naissance par : <input type="checkbox"/> Voie basse non instrumentale <input type="checkbox"/> Extraction voie basse instrumentale <input type="checkbox"/> Césarienne en urgence <input type="checkbox"/> Césarienne programmée



Nom :

Prénom :

Date de naissance : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

Poids de naissance (en grammes) : .....

Taille (en cm) : .....

PC (en cm) : .....

Apgar à 1 min : .....

Apgar à 5 min : .....

Transfert :  Oui  Non

si oui lieu : .....

Dépistage déficience auditive :  Oui  Non

Méthode :  PEA  OEA

Résultat :  normal  anormal

### DEVELOPPEMENT

Position assise :  Oui  Non

âge d'acquisition : .....

Marche seul :  Oui  Non

âge d'acquisition : .....

Propre de jour acquise :  Oui  Non

âge d'acquisition : .....

Premiers mots :  Oui  Non

âge d'acquisition : .....

Association de mots (ex : maman bobo) :  Oui  Non

âge d'acquisition : .....

Pointage du doigt :  Oui  Non

### EXAMEN MEDICAL RECENT

Poids (en kg) : .....

Taille (en cm) : .....

PC (en cm) : .....

L'enfant a-t-il une correction :  Oui  Non

Strabisme :  Oui  Non

Test d'audiologie quantitative a-t-il été pratiqué :  Oui  Non

si oui lequel : .....

### COMMENTAIRES