**QUESTIONNAIRE MEDICAL D’ADRESSAGE AU CRTLA**

**Coordonnées de l’enfant :** **Coordonnées du médecin :**

**NOM** :………………………………………………………… **NOM :**………………………………………………

**PRENOM** : …………………………………………………. **SPECIALITE :** ……………………………………

**Date de Naissance :** …………………………………… **Adresse :**…………………………………………

 **Adresse :** …………………………………………… ……………………………………………………….

…………………………………………………………… 🕿……………………………………………………

🕿……………………………………………………….. 🖂……………………………………………………

🖂……………………………………………………….

**Indications des consultations ou bilans fonctionnels du CRTLA :**

- Troubles sévères du langage oral ou des apprentissages, pour des enfants déjà pris en charge et résistant à la rééducation.

- Troubles cognitifs et moteurs secondaires à une pathologie neurologique innée ou acquise, ou génétique.

* **Motif de l’adressage :**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

* **Antécédents :**

**Néonataux :** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Médicaux :** ………………………………………………................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Sensoriels** : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

* **Antécédents familiaux :**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Facteurs de risque de TND ?**

......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

* **Développement (âge d’acquisition)**
* Marche :……………………… Propreté : ………………….
* Premiers mots : ………………….. Premières phrases : …………………………………
* Niveau de lecture : …………………. Niveau en calcul : …………
* **Particularités cliniques et développementales (sommeil, alimentation, comportement, adaptation sociale…) :**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

* **Prises en charge, bilans effectués :**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

* **Examens médicaux réalisés :**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**