



**A L'USAGE DES PARENTS**

**FORMULAIRE D'INFORMATIONS**

**PARTIE A : DONNEES PSYCHOSOCIALES ET FAMILIALES**

**(Renseignements fournis par les parents)**

**S'il existe une menace grave pour la santé de votre enfant, un traitement spécial de votre demande est possible sous certaines conditions strictes (voir Partie B du formulaire à remplir par votre médecin).**

**Cette procédure spéciale prévoit une constatation du handicap par le service médical du SPF Sécurité sociale sur la base des rapports médicaux sans visite médicale de votre enfant.**

**Si ces conditions médicales sont remplies, voyez-vous un inconvénient à appliquer cette procédure à votre demande ? (cocher la case correspondante)**

- Non, je ne m'oppose pas à cette procédure spéciale.**
- Oui, je m'oppose à cette procédure et souhaite une visite médicale par le service du SPF Sécurité sociale.**

**Nom et prénom de l'enfant :** .....

**Numéro du Registre national de l'enfant :** .....

**Dénomination et adresse de votre organisme d'allocations familiales :**

.....

**(Facultatif) Numéro de référence sur le formulaire « demande de constatation médicale » de votre organisme d'allocations familiales :**

.....

**Qui a complété le formulaire de renseignements ?**

Nom, prénom : .....

Qualité (parent, membre de la famille, enseignant, travailleur social, médecin traitant): .....

.....

N°Tél : ..... GSM : .....

Adresse E-mail :

.....

Date: .....Signature : .....

Afin de garantir un traitement optimal de votre demande, vous êtes invité à compléter ce questionnaire et à le renvoyer en même temps que votre demande. Cette liste de questions nous permettra de mieux cerner l'état de votre enfant.

**Vous pouvez compléter ce document vous-même ou le faire compléter par un tiers (médecin, assistant social...)**

Prenez le temps de compléter les rubriques mais seulement celles qui s'appliquent à votre enfant. Utilisez les mots qui vous semblent les plus appropriés en étant le plus précis possible.

**Concernant l'éducation et le comportement de l'enfant à la maison**

L'enfant fréquente-t-il un enseignement spécial ou adapté?

.....

Si oui, depuis quand? Mois/Année: .....

Quel type d'enseignement?..... et où ?

.....

Séjourne-t-il en institution?..... Si oui, laquelle ?.....

.....et depuis quand? .....

Séjourne-t-il régulièrement ou pour de longues périodes en hôpital?

.....

Date de la dernière hospitalisation? ..... Durée?

.....

L'enfant suit-il un enseignement à la maison?

.....

L'enfant fait-il l'objet d'un traitement lourd ou de longue durée?

.....

.....

Quels accompagnements ou stimulations sont-ils donnés par les parents à domicile (par exemple pour un retard psychomoteur, des troubles de comportement, un déficit sensoriel) ?

.....

.....

Le comportement de l'enfant à la maison est-il perturbant?

.....

.....

.....  
L'enfant éprouve-t-il des difficultés à se faire des amis à l'école?  
.....  
.....

Autres renseignements utiles:  
.....  
.....

### **Communication**

L'enfant éprouve-t-il des difficultés à parler? .....

Dans quelle mesure la vue et l'ouïe sont-elles affectées?  
.....  
.....

L'enfant présente-t-il des difficultés à la compréhension, à la lecture ou à l'écriture?  
.....  
.....

Autres renseignements utiles:  
.....  
.....

### **Mobilité et déplacements**

Quelles difficultés l'enfant éprouve-t-il à se déplacer?  
.....  
.....

L'enfant utilise-t-il des béquilles, un appareil orthopédique, une prothèse ou toute autre aide à la marche? .....

Les jeux, activités sportives (ex:vélo) sont-ils difficiles? .....

Autres renseignements utiles :  
.....  
.....

## Traitement suivi à la maison ( pendant minimum 6 mois)

L'enfant prend-t-il des médicaments? Lesquels et combien de fois par jour (y compris les aérosols)? .....

.....

Kinésithérapie à domicile, prothèse d'un membre ou appareil orthopédique, corsets ou plâtres ?

.....

Traitement dermatologique, vêtement de compression, onguents, lesquels et combien de fois par jour? .....

.....

Prothèse oculaire , appareil auditif ou implant cochléaire ?

.....

Gastrostomie, dilatation anale, stomie, sonde gastrique, lavements, sondage urinaire ... ?

.....

Depuis quand le traitement est-il administré à domicile?

.....

L'enfant suit-il un régime? ..... Lequel?.....

Autres renseignements utiles :

.....

.....

## Déplacements pour examens ou traitements

### Il ne s'agit pas des déplacements vers l'école ou pour l'école

Quels sont les traitements suivis par l'enfant (logopédie, kinésithérapie, ergothérapie, psychologique ?

.....

.....

Où cela se passe-t-il ?

.....

Qui prend en charge les déplacements?

.....

Quelle est la fréquence de ces déplacements par semaine ou par mois?

.....

Depuis quand? .....

Autres renseignements utiles:

.....  
.....

**Alimentation, toilette, habillement, adaptation des habitudes de vie**

Quelles difficultés l'enfant éprouve-t-il pour manger ?

.....  
.....

Quelles attentions ou précautions faut-il prendre pour la toilette ou l'hygiène?

.....  
.....

Pourquoi est-il nécessaire que l'un des parents reste à la maison pour les soins de l'enfant?

.....  
.....

Si c'est le cas, à temps plein ou à temps partiel?

.....  
.....

Et depuis quand? .....

L'enfant peut-il accéder à un accueil ordinaire (crèche, gardienne)?

.....  
.....

Quels sont les efforts ou difficultés en rapport avec les mouvements de jeunesse, activités sportives ou séjours de vacances?

.....  
.....

Autres renseignements utiles:

.....  
.....



**FORMULAIRE D'INFORMATIONS**

**PARTIE B : DONNEES MEDICALES.**

**Formulaire Médical**  
**Secret médical**

**A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT ET  
 SOUS ENVELOPPE FERMEE A JOINDRE PAR LE  
 DEMANDEUR AU FORMULAIRE DE DEMANDE DE  
 CONSTATATION MEDICALE AVEC LA PARTIE A**

**Conditions strictes d'une procédure d'évaluation sans visite médicale ( A.R. du 27 avril 2007).**

**Cochez ce qui est d'application :**

- Pronostic réservé à court terme \***
- Traitement lourd avec impact sur l'immunité**
- Intervention chirurgicale majeure endéans 6 mois de la naissance ou d'un accident**
- Pendant au moins 6 mois hospitalisation ou revalidation post-traumatique en institution.**
- L'enfant bénéficie de soins palliatifs**

**La première condition doit être remplie et une des quatre autres.**

**Cette procédure ne peut s'appliquer plusieurs fois de suite.**

**Attention : la partie A du formulaire doit être signée par les parents ou le représentant légal de l'enfant.**

\* Selon l'arrêté royal du 27 avril 2007

**RENSEIGNEMENTS GENERAUX RELATIFS A LA PERSONNE A EXAMINER**

Nom:.....

Prénom:.....

Sexe:.....

Date de naissance:.....

Numéro Registre National:.....

N° de téléphone/GSM/SMS/Fax :.....

e-mail : .....

**Domicile**

Rue et nr°:.....

Code postal:..... Localité:.....

**Si séjour en institution**, nom et adresse : .....

.....

**SITUATION FAMILIALE ET SOCIALE**

	Age	Etat de santé	Profession et/ou scolarité
Père	.....	.....	.....
Mère	.....	.....	.....
Frères / Sœurs de l'enfant	.....	.....	.....
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MEDECIN AYANT COMPLETE CE DOCUMENT**

Nom: .....

Adresse: .....

N° de téléphone: .....

N° de Fax: .....

e-mail: .....

N° INAMI : .....

**Antécédents**

**Antécédents médicaux**

Date	Diagnostic	Traitements :
.....	.....	date: du ..... au ..... (mois/année)
.....	.....	date: du ..... au ..... (mois/année)
.....	.....	date: du ..... au ..... (mois/année)

**Antécédents chirurgicaux**

Date	Diagnostic	Interventions
.....	.....	.....
.....	.....	.....

**Scolarité**

Enseignement ordinaire: .....

Enseignement spécial:

Lieu: ..... Type: ..... Forme: ..... du ..... au ..... ou depuis .....

Lieu: ..... Type: ..... Forme: ..... du ..... au ..... ou depuis .....

**test QI:**

type test: .....	date test: .....	QI tot: .....	Qlv: .....	Qlp: .....
type test: .....	date test: .....	QI tot: .....	Qlv: .....	Qlp: .....
type test: .....	date test: .....	QI tot: .....	Qlv: .....	Qlp: .....

**Etablissements résidentiels** (IMP / revalidation / psychiatrie,...):

Lieu: ..... de ..... à ..... ou depuis .....

Rapport d'entrée / Rapport d'évolution:

.....  
.....

**Comportement** (description):

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

**Affections actuelles**

<b>Diagnostic</b>	date 1 <sup>e</sup> symptômes	date diagnostic	date début du traitement
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

**Types de traitements actuels**

<u>Médicaments</u> (noms)	posologie	date de début (mois/année)
.....	.....	.....
.....	.....	.....

<u>Interventions chirurgicales</u>	type	dates
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Séjours hospitaliers: date: de ..... au ..... (mois/année)

date: de ..... au ..... (mois/année)

<u>Revalidation</u>	<u>date de début</u>	<u>fréq.</u> (par semaine ou mois)	..	<u>Lieu</u>
Logopédie	.....	.....	.....	.....
Kinésithérapie	.....	.....	.....	.....
Ergothérapie	.....	.....	.....	.....
Psychothérapie	.....	.....	.....	.....
Aide précoce à domicile	.....	.....	.....	.....

Traitement (à préciser): intermittent ou continu? .....

Mesures de sécurité spécifiques et/ou mesures préventives (domicile, école, transport): .....

**Vision**

Quand un trouble a-t-il été constaté pour la première fois?    mois ..... année .....

Examen présent effectué le :    mois ..... année .....

- Acuité visuelle avant correction :            Oeil droit.....            Oeil gauche .....
- Acuité visuelle après correction:            Oeil droit.....            Oeil gauche .....
- Acuité visuelle binoculaire (après correction): .....
- Champ visuel (après correction):            Oeil droit.....            Oeil gauche .....

**Audition**

Quand un trouble a-t-il été constaté pour la première fois?    mois ..... année .....

Appareillage auditif:    non / oui : depuis mois ..... année .....

Implant cochléaire:    non / oui : depuis mois ..... année .....

Dernier bilan d'audition: mois ..... année .....

- Audiogramme tonal liminaire:            mois ..... année .....
- Audiométrie vocale avec prothèses:    mois ..... année .....

	Prothese	500	1000	2000 Hz	moyenne
D.	sans				
G.	sans				
D.	avec				
G.	avec				

**RAPPORTS SPECIALISES A JOINDRE EN ANNEXE.**

Date :.....

Signature :.....