

CONSULTATION PLURIDISCIPLINAIRE DE RECOURS

Feuille blanc à destination du réseau
Feuille rose à conserver par le médecin qui a fait l'examen
Feuille bleu reste dans le classeur de l'enfant

N° inclusion _____
Nom de l'enfant _____ Prénom _____
Date de la visite _____ Age réel _____
Age corrigé _____
Examineur 1 _____ Fonction _____
Examineur 2 _____ Fonction _____
Structure _____
Motif du recours _____
Médecin référent RAFAEL _____
Accompagnement père mère autre _____

À RENSEIGNER EN CAS DE MODIFICATION UNIQUEMENT

Adresse des parents _____
Téléphone(s) _____
Médecin(s) traitant(s) _____

Événements depuis la dernière consultation

Evénements familiaux oui non
si oui, préciser _____
 maladie préciser _____
 hospitalisation préciser _____
 traitement préciser _____
 consultation spécialisée préciser _____
 prises en charge kinésithérapie ergothérapie suivi psychologique
 psychomotricité autre _____
 appareillage préciser _____
 autre préciser _____

Constatations cliniques

Conclusions

Propositions

Demande d'examen complémentaire _____
 Avis complémentaire _____
 Prise en charge _____

Courriers

Envoi courrier au médecin référent Envoi courrier au médecin traitant

Utiliser un stylo-bille, noir de préférence, en appuyant bien. Bien placer l'intercalaire cartonné en dessous de la feuille à remplir.