**Rapport logopédique de renouvellement**

# Données administratives

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Enfant | | | |
| Nom |  | Prénom |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Date naissance |  | Localité |  | Niveau scolaire | Choisissez un élément. |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Service PPLS | Choisissez un élément. | | | |
| Logopédiste | |  | |
| Nom |  | Prénom |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tél |  | Courriel |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Rue / no |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NPA |  | Localité |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre d’années effectuées depuis le début de la prise en charge |  |

# Données cliniques

|  |
| --- |
| Données anamnestiques *(si nouveaux éléments)* |
| Anamnèse du trouble et demande |
|  |
| Parcours scolaire |
|  |
| Informations familiales |
|  |
| Informations médicales |
|  |
| Autres aides prévues ou en cours |
| **Sur le plan pédagogique** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Mesure d’enseignement spécialisé en cours (mesure combinée) | | *Précisez nbre de périodes par semaine :* |  |
| Procédure d’évaluation standardisée (PES) en cours | | *Pour ces 3 cas de figures, la coordination avec l’école doit être renforcée. Deux réseaux peuvent être facturés pour la durée de la désignation.* | |
| Mesures renforcées (MR) en cours | |
| **Sur le plan médical / socio-éducatif / autre** | | | |
|  | | | |
| Facteurs environnementaux significatifs | | | |
| Facilitateurs | | | |
|  | | | |
| Obstacles | | | |
|  | | | |
| Evaluation de l’atteinte des objectifs précédents | | | |
|  | | | |
| Confirmation / Réévaluation diagnostic *(selon catalogue des troubles en logopédie)* | | | |
| **Troubles logopédiques** | | | |
| Trouble 1 | Choisissez un élément. | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Trouble 2 | Choisissez un élément. |

|  |  |
| --- | --- |
| Trouble 3 | Choisissez un élément. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Troubles neurodéveloppementaux et déficiences** | | |
| 6A02 TSA | *Sévérité :* | Choisissez un élément. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 6A00 Troubles dév. intellectuel | *Sévérité :* | Choisissez un élément. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| AB5x Troubles audition | *Sévérité :* | Choisissez un élément. | Unilatérale | Bilatérale |

|  |  |
| --- | --- |
| 8A05 Tics |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Si trouble relevant de la logopédie médicale | | | | | |
| Décision financement LAMAL  *(Joindre copie décision)* | En cours d’examen | Négative | Positive | Nbre séances : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Commentaire |  |

|  |
| --- |
| **Conclusion** |
|  |

# Proposition de suite à donner

|  |
| --- |
| Demande nouvelle prestation de logopédie |

|  |
| --- |
| **Objectifs thérapeutiques** |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | | | | | | |
| **Type de prestation** | | **Nombre séances** | | | | **Durée séance** | **Date début** | **Date fin** | |
| Bilan | | *5 séances sur 6 mois* | | | | *60 minutes* |  |  | |
| Mesure préventive individuel | | *12 séances sur une année* | | | | 30  45  60 |  |  | |
| Mesure préventive groupe | | *12 séances sur une année* | | | | *60 minutes* |  |  | |
| Traitement individuel | | 20  40  60  80  Autre (préciser) : | | | | 30  45  60 |  |  | |
| Traitement groupe | | 20  40  60  80  Autre (préciser) : | | | | *60 minutes* |  |  | |
| *Si groupe coanimé - 2ème LIC à désigner (nom et prénom) :* | | | |  | | |  |  | |
| Soutien post-ttt individuel | | *6 séances sur une année* | | | | 30  45  60 |  |  | |
| Soutien post-ttt groupe | | *6 séances sur une année* | | | | *60 minutes* |  |  | |
| Conseil/guidance parents | | Entre 6 et 12 (préciser)*:* | |  | | 30  45  60 |  |  | |
| Groupe de parents | | Entre 1 et 12 (préciser) : | |  | | 60  90  120 |  |  | |
| *Si groupe coanimé - 2ème LIC à désigner (nom et prénom) :* | | | |  | | |  |  | |
| Conseil/ accompag. prof. | | Entre 6 et 12 (préciser)*:* | | | | 30  45  60 |  |  | |
| Prestataire LIC | | | | | | | | |
| Auteur du rapport | | | Autre prestataire LIC  (Préciser nom et prénom) | |  | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Date du rapport** | **Signature logopédiste** |
|  |  |