|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| vd_logo_noir_36mm | **Direction générale de l’enseignement obligatoire et de la pédagogie spécialisée (DGEO)****Direction psychologie, psychomotricité, logopédie en milieu scolaire (DPPLS)**Rue de la Barre 81014 Lausanne | **DOCUMENT CONFIDENTIEL** |

**Questionnaire médical pour une demande de logopédie**

à l’intention du médecin traitant de l’enfant

**Questionnaire à renvoyer au service PPLS qui en fait la demande**

## But du document

Le questionnaire est destiné au médecin de l’enfant, qui le remplit, en collaboration et en accord avec les parents ou les représentants légaux. Il peut être complété par d’autres rapports. Il contient de manière succincte les éléments liés aux champs de compétences spécifiques qui sont nécessaires à la compréhension du trouble ou de la déficience et à la formalisation d’une proposition de décision.

Ce questionnaire sera remis :

* au responsable du service PPLS régional, pour décision et désignation du prestataire
* au logopédiste indépendant conventionné désigné pour le bilan de l’enfant
* aux logopédistes du service régional, chargés de l’analyse du bilan et du préavis de traitement

## Données administratives

|  |
| --- |
| **Enfant** |
| Nom et prénom |             |
| Date de naissance |       |

|  |
| --- |
| **Médecin traitant (pédiatre, généraliste)** |
| Nom et prénom |             |
| Coordonnées (adresse, tél) |       |

## Suivis médicaux

[ ] Pédiatrie / autre médecin, préciser :

[ ] Pédopsychiatrie :

## Suivis thérapeutiques

[ ] SEI :       [ ] Logopédie :

[ ] Psychomotricité :       [ ] Psychologie :

[ ] Ergothérapie :       [ ] Physiothérapie :

[ ] Autre :

**L’enfant fréquente-t-il une collectivité ? (crèche, garderie, autre)** Oui[ ]  Non[ ]

## Eléments de diagnostic (si connu)

|  |
| --- |
|       |

## Si diagnostic non posé, description clinique étayée

|  |
| --- |
|       |

## Quelles sont les limitations fonctionnelles à prendre en compte dans les différents domaines d’évaluation ?

|  |
| --- |
| **Domaine des apprentissages et application des connaissances** |
|       |

|  |
| --- |
| **Domaine de la communication** |
|       |

|  |
| --- |
| **Domaine des relations** (relations interpersonnelles) |
|       |

|  |
| --- |
| **Domaine du cadre** (lien avec les conventions sociales, comportement) |
|       |

|  |
| --- |
| **Domaine de l’autonomie** (personnel et/ou scolaire) |
|       |

|  |
| --- |
| **Domaine corporel et moteur** |
|       |

## Autres renseignements pertinents (développementaux ou anamnestiques)

|  |
| --- |
|       |

Lieu, date :       Signature du médecin :