**Rapport logopédique de renouvellement**

# Données administratives

|  |
| --- |
| Enfant  |
| Nom :  |  | Prénom :  |  |
| Date naissance :  |  | Identifiant : |  |
| Domicile :  |  |
| Service PPLS région :  |  |
| Logopédiste |  |
| Nom :  |  | Prénom :  |  |
| Tél :  |  | Courriel :  |  |
| Adresse cabinet | Rue / no :  |  |
| NPA / Localité :  |  |
| Statut : | [ ]  Logopédiste indépendant conventionné | [ ]  Logopédiste employé |

# Données cliniques

|  |
| --- |
| Données anamnestiques *(si nouveaux éléments)* |
| **Anamnèse du trouble et demande** |
|  |
| **Parcours scolaire** |
|  |
| **Informations familiales** |
|  |
| **Informations médicales** |
|  |
| Autres aides prévues ou en cours *(si nouveaux éléments)* |
| **Sur le plan pédagogique** |
|  |
| **Sur le plan médical (ou autre)** |
|  |
| Facteurs environnementaux significatifs *(si nouveaux éléments)* |
| **Facilitateurs** |
|  |
| **Obstacles** |
|  |
| Evaluation de l’atteinte des objectifs précédents |
|  |
| Confirmation / réévaluation diagnostic *(selon catalogue des troubles en logopédie)* |
|  | **Logopédie générale** | **Logopédie spécialisée** | **Logopédie médicale** |
| Trouble 1 : |  |  |  |
| Trouble 2 : |  |  |  |
| Trouble 3 : |  |  |  |
| **Conclusion** |
|  |
|  |
| Si trouble relevant de la logopédie médicale : Décision financement LAMAL *(joindre copie de la décision)* |
| [ ]  En cours d’examen | [ ]  Négative | [ ]  Positive  | Nbre séances :  |  |
| Commentaire :  |  |

# Proposition de suite à donner : demande de nouvelle prestation en LIC

|  |
| --- |
|  |

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

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Type de prestation** | **Durée séance** | **Nombre séances** | **Date début** | **Date fin** |
| [ ]  Bilan logopédique | *5 séances de 60 minutes sur 6 mois* |
| [ ]  Mesure préventive en individuel | [ ]  30 [ ]  45 [ ]  60 | *12 séances sur une année* |  |  |
| [ ]  Mesure préventive en groupe | *60 minutes* | *12 séances sur une année* |  |  |
| [ ]  Traitement individuel | [ ]  30 [ ]  45 [ ]  60 | [ ]  20 [ ]  40 [ ]  60 [ ]  80[ ]  Autre :  |  |  |
| [ ]  Traitement groupe | *60 minutes* | [ ]  20 [ ]  40 [ ]  60 [ ]  80[ ]  Autre :  |  |  |
| [ ]  Soutien post-tt individuel | [ ]  30 [ ]  45 [ ]  60 | *6 séances sur une année* |  |  |
| [ ]  Soutien post-tt groupe | *60 minutes* | *6 séances sur une année* |  |  |
| [ ]  Conseil/guidance parents | [ ]  30 [ ]  45 [ ]  60 | Entre 6 et 12 :  |  |  |  |
| [ ]  Groupe de parents | [ ]  60 [ ]  90 [ ]  120 | Entre 1 et 12 :  |  |  |  |
| [ ]  Conseil/ accompag. prof. | [ ]  30 [ ]  45 [ ]  60 | Entre 6 et 12 :  |  |  |  |
| Contexte de la prestation  | [ ]  Mesure d’enseignement spécialisé en cours [ ]  Mesure renforcée  |
| Prestataire LIC |
| Auteur du rapport [ ]  | Autre prestataire LIC :(préciser nom et prénom)  |  |
|  |  |
| Date du rapport | Signature du logopédiste |