**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 | | | | | | | | |