**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** |
|  |  |