

Rapports et synthèse LIC

Logopédie indépendante conventionnée

Les différents modèles de rapport

Pour toutes les demandes et suivi de prestations déléguées en LIC, les modèles fournis par la DPPLS doivent être utilisés.

Rapport de bilan logopédique

A utiliser pour rendre compte d'un bilan et, si nécessaire demander une prestation.

A transmettre au service PPLS régional accompagné de la facture du bilan.

Les différents modèles de rapport

Rapport logopédique de renouvellement

A utiliser lorsqu'une désignation arrive à son terme et qu'une nouvelle prestation semble souhaitable.

A transmettre au service PPLS régional un mois avant l'échéance pour permettre la continuité de la prise en charge en cas de renouvellement.

A transmettre accompagné de la facture du renouvellement.

Annexes aux rapports: Les résultats des tests normés effectués ainsi que les rapports médicaux susceptibles de compléter la demande doivent être fournis avec le rapport de bilan ou de renouvellement.

Les différents modèles de rapport

Synthèse de fin de prise en charge

A utiliser lorsqu'une désignation arrive à son terme, et que la prise en charge en LIC se termine (plus de renouvellement).

Bilan logopédique

Bilan logopédique

DÉFINITION

Le bilan a une visée diagnostique et a pour objectifs:

- de déterminer le mode de fonctionnement de l'enfant
- d'établir l'existence d'un trouble à l'aide des outils spécifiques à chaque profession PPL
- de proposer des mesures afin d'aider l'enfant à réduire ou surmonter ses difficultés
- de fixer les objectifs du suivi proposé

(Cadre général des prestations PPL, p. 12)

Bilan logopédique

RÉALISATION

Le bilan est réalisé au moyen de plusieurs séances avec l'enfant durant lesquelles le professionnel du service PPLS régional ou le logopédiste indépendant conventionné effectue des entretiens, réalise des observations, un examen clinique et des mesures pour lesquelles il utilise des instruments de tests standardisés et étalonnés reconnus avec lesquels il évalue le fonctionnement, les compétences et les troubles de l'enfant dans son domaine de spécialisation.

(Cadre général des prestations PPL, p. 13)

Rédiger le rapport de bilan logopédique

Données administratives

Rapport de bilan logopédique

I. Données administratives

ENFANT

Nom Prénom

Date naissance Localité Niveau scolaire

Service PPLS

LOGOPEDISTE

Nom Prénom

Tél Courriel

Rue / no

NPA Localité

Nombre d'années effectuées depuis le début de la prise en charge

Sélectionnez
l'année scolaire de
l'enfant dans le
menu déroulant.

Données administratives

Rapport de bilan logopédique

I. Données administratives

ENFANT

Nom Prénom

Date naissance Localité Niveau scolaire

Service PPLS

LOGOPEDISTE

Nom Prénom

Tél Courriel

Rue / no

NPA Localité

Nombre d'années effectuées depuis le début de la prise en charge

Sélectionnez le service PPLS du domicile de l'enfant dans le menu déroulant.

Données administratives

Rapport de bilan logopédique

I. Données administratives

ENFANT

Nom Prénom

Date naissance Localité Niveau scolaire

Service PPLS

LOGOPEDISTE

Nom Prénom

Tél Courriel

Rue / no

NPA Localité

Nombre d'années effectuées depuis le début de la prise en charge

Indiquez le nombre total d'années de prise en charge en logopédie.

Données anamnestiques

II. Données cliniques

DONNEES ANAMNESTIQUES

Anamnèse du trouble et demande

Parcours scolaire

Informations familiales

Informations médicales

Indiquez les données anamnestiques permettant une bonne compréhension de la problématique annoncée et de l'évolution actuelle de celle-ci.

Autres aides prévues ou en cours

AUTRES AIDES PREVUES 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

Mesures renforcées (MR) 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.

Sur le plan médical / socio-éducatif / autre

Indiquez les aides passées ou actuelles ayant un lien avec la problématique annoncée sur le plan pédagogique (enseignement spécialisé, éducation précoce spécialisée, aide à l'intégration).

Autres aides prévues ou en cours

Cochez la case si l'enfant est au bénéfice d'une mesure d'enseignement spécialisé et précisez le nombre de périodes par semaine.

AUTRES AIDES PREVUES 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

Mesures renforcées (MR) 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.

Sur le plan médical / socio-éducatif / autre

Autres aides prévues ou en cours

La prestation de logopédie s'inscrit dans le contexte d'une mesure ordinaire de prestations combinées (art. 28 LPS).

AUTRES AIDES PREVUES OU EN COURS	
Sur le plan pédagogique	
<input type="checkbox"/> Mesure d'enseignement spécialisé en cours (mesure combinée) Précisez nbre de périodes par semaine : <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Procédure d'évaluation standardisée (PES) en cours	<i>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.</i>
<input type="checkbox"/> Mesures renforcées (MR) en cours	
Sur le plan médical / socio-éducatif / autre	
<input type="text"/>	

Autres aides prévues ou en cours

Un bilan élargi 360 devra être réalisé afin de coordonner les mesures.

AUTRES AIDES PREVUES OU EN COURS	
Sur le plan pédagogique	
<input type="checkbox"/> Mesure d'enseignement spécialisé en cours (mesure combinée) Précisez nbre de périodes par semaine : <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Procédure d'évaluation standardisée (PES) en cours	<i>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.</i>
<input type="checkbox"/> Mesures renforcées (MR) en cours	
Sur le plan médical / socio-éducatif / autre	
<input type="text"/>	

Autres aides prévues ou en cours

Cochez la case correspondante si une PES ou une mesure renforcée est en cours.

AUTRES AIDES PREVUES OU EN COURS	
Sur le plan pédagogique	
<input type="checkbox"/> Mesure d'enseignement spécialisé en cours (mesure combinée) Précisez nbre de périodes par semaine : _____	
<input type="checkbox"/> Procédure d'évaluation standardisée (PES) en cours	<i>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.</i>
<input type="checkbox"/> Mesures renforcées (MR) en cours	
Sur le plan médical / socio-éducatif / autre	
<input type="text"/>	

Autres aides prévues ou en cours

AUTRES AIDES PREVUES OU EN COURS	
Sur le plan pédagogique	
<input type="checkbox"/> Mesure d'enseignement spécialisé en cours (mesure combinée)	
<input type="checkbox"/> Procédure d'évaluation standardisée (PES) en cours	
<input type="checkbox"/> Mesures renforcées (MR) en cours	
Précisez nbre de périodes par semaine :	
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.	
Sur le plan médical / socio-éducatif / autre	

Dans ces trois cas de figures, vous pourrez facturer deux réseaux durant la prochaine prestation.

Autres aides prévues ou en cours

AUTRES AIDES PREVUES OU EN COURS

Sur le plan pédagogique

<input type="checkbox"/> Mesure d'enseignement spécialisé en cours (mesure combinée)	Précisez nbre de périodes par semaine :	
<input type="checkbox"/> Procédure d'évaluation standardisée (PES) en cours	<i>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.</i>	
<input type="checkbox"/> Mesures renforcées (MR) en cours		

Sur le plan médical / socio-éducatif / autre

--

Indiquez les aides passées ou actuelles ayant un lien avec la problématique annoncée sur les plans médicaux ou socio-éducatifs (pédiatrie, pédopsychiatrie, psychologie, psychomotricité, ergothérapie, orthoptique, ...).

Evaluation de la communication

COMMUNICATION

Observations cliniques et résultats métriques

Entrave

LANGAGE ORAL (*Articulation / Fluidité verbale / Phonologie / Lexique / Syntaxe-grammaire / Discours / Pragmatique*)

Observations cliniques et résultats métriques

Entrave

APPRENTISSAGES (*Méta-phonologie / Lecture / Orthographe / Nombre-numération-arithmétique / Raisonnement logique*)

Observations cliniques et résultats métriques

Entrave

Indiquez les altérations en communication verbale/non verbale et en interaction sociale, les résultats aux tests ainsi que l'impact de ces limitations sur le fonctionnement de l'élève.

Evaluation du langage oral

COMMUNICATION

Observations cliniques et résultats métriques

Entrave

LANGAGE ORAL *(Articulation / Fluidité verbale / Phonologie / Lexique / Syntaxe-grammaire / Discours / Pragmatique)*

Observations cliniques et résultats métriques

Entrave

APPRENTISSAGES *(Méta-phonologie / Lecture / Orthographe / Nombre-numération-arithmétique / Raisonnement logique)*

Observations cliniques et résultats métriques

Entrave

Indiquez les altérations dans les différents domaines du langage oral, les résultats aux tests ainsi que l'impact de ces limitations sur le fonctionnement de l'élève.

Evaluation des apprentissages

COMMUNICATION

Observations cliniques et résultats métriques

Entrave

LANGAGE ORAL *(Articulation / Fluidité verbale / Phonologie / Lexique / Syntaxe-grammaire / Discours / Pragmatique)*

Observations cliniques et résultats métriques

Entrave

APPRENTISSAGES *(Méta-phonologie / Lecture / Orthographe / Nombre-numération-arithmétique / Raisonnement logique)*

Observations cliniques et résultats métriques

Entrave

Indiquez les difficultés d'apprentissage, les résultats aux tests ainsi que l'impact de ces limitations sur le fonctionnement de l'élève.

Evaluation de la communication

COMMUNICATION

Observations cliniques et résultats métriques

Entrave

LANGAGE ORAL (*Articulation / Fluidité verbale / Phonologie / Lexique / Syntaxe-grammaire / Discours / Pragmatique*)

Observations cliniques et résultats métriques

Entrave

APPRENTISSAGES (*Méta-phonologie / Lecture / Orthographe / Nombre-numération-arithmétique / Raisonnement logique*)

Observations cliniques et résultats métriques

Entrave

L'entrave est la manière dont le trouble affecte ou perturbe le développement et les apprentissages de l'enfant.

Facteurs associés

FACTEURS ASSOCIES (*Motricité bucco-linguo-faciale / Praxies / Attention / Mémoire / Fonctions exécutives / Organisation visuospatiale*)

Observations cliniques et résultats métriques

Entrave

FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX SIGNIFICATIFS

Facilitateurs

Obstacles

Indiquez les altérations dans ces différents domaines, les résultats aux tests ainsi que l'impact de ces limitations sur le fonctionnement de l'élève.

Facteurs environnementaux significatifs

FACTEURS ASSOCIES (*Motricité bucco-linguo-faciale / Praxies / Attention / Mémoire / Fonctions exécutives / Organisation visuospatiale*)

Observations cliniques et résultats métriques

Entrave

FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX SIGNIFICATIFS

Facilitateurs

Obstacles

Indiquez les éléments du contexte qui peuvent venir faciliter l'évolution du jeune ou au contraire freiner celle-ci: capacité du système familial, distance entre le lieu de vie et les lieux thérapeutiques, capacité d'adaptation du réseau social, etc.

Section «Diagnostic»

DIAGNOSTIC (selon catalogue des troubles en logopédie)

Troubles logopédiques

Trouble 1

Trouble 2

Trouble 3

Troubles neurodéveloppementaux, syndromes et déficiences

6A02 TSA *Sévérité* : Choisissez un élément.

6A00 Troubles déx. 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 En cours d'examen Négative Positive Nbre séances :

(Joindre copie décision)

Commentaire

Conclusion

Sélectionnez les troubles logopédiques proposés dans le menu déroulant.
Jusqu'à trois types de troubles peuvent être indiqués.

Section «Diagnostic»

DIAGNOSTIC (selon catalogue des troubles en logopédie)

Troubles logopédiques

Trouble 1

Trouble 2

Trouble 3

Troubles neurodéveloppementaux, syndromes 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 En cours d'examen Négative Positive Nbre séances :

(Joindre copie décision)

Commentaire

Conclusion

Le cas échéant, sélectionnez les troubles neurodéveloppementaux, syndromes ou déficiences proposés en cochant la case correspondante.

Indiquez la sévérité ou N/A si elle n'est pas disponible.

Le diagnostic de ces troubles est en principe effectué par le milieu médical.

Section «Diagnostic»

DIAGNOSTIC (selon catalogue des troubles en logopédie)

Troubles logopédiques

Trouble 1

Trouble 2

Trouble 3

Troubles neurodéveloppementaux, syndromes 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 En cours d'examen Négative Positive Nbre séances :

(Joindre copie décision)

Commentaire

Conclusion

Pour les troubles relevant de la LAMAL (case LAMAL cochée dans le catalogue), une demande de financement doit être déposée auprès de l'assurance.

Troubles de la déglutition

DD90.01 Troubles orofaciaux myofonctionnels (TOM) et du contrôle salivaire LAMAL Ai

Section «Diagnostic»

DIAGNOSTIC (selon catalogue des troubles en logopédie)

Troubles logopédiques

Trouble 1

Trouble 2

Trouble 3

Troubles neurodéveloppementaux, syndromes 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 En cours d'examen Négative Positive Nbre séances :

(Joindre copie décision)

Commentaire

Conclusion

Résumez les difficultés spécifiques mises en évidence par le bilan et leur entrave sur le fonctionnement de l'élève

Objectifs thérapeutiques

III. Proposition de suite à donner

DEMANDE NOUVELLE PRESTATION DE LOGOPEDIE

Objectifs thérapeutiques

Type de prestation	Nombre séances	Durée séance	Date début	Date fin
<input type="checkbox"/> Mesure préventive individuel	12 séances sur une année	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 60		
<input type="checkbox"/> Mesure préventive groupe	12 séances sur une année	60 minutes		
<input type="checkbox"/> Traitement individuel	<input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 60		
<input type="checkbox"/> Traitement groupe	<input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	60 minutes		
<i>Si groupe coanimé - 2^{ème} LIC à désigner (nom et prénom) :</i>				
<input type="checkbox"/> Conseil/guidance parents	Entre 6 et 12 (préciser) :	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 60		
<input type="checkbox"/> Groupe de parents	Entre 1 et 12 (préciser) :	<input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 120		
<i>Si groupe coanimé - 2^{ème} LIC à désigner (nom et prénom) :</i>				
<input type="checkbox"/> Conseil/ accompagnement prof.	Entre 6 et 12 (préciser) :	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 60		

PRESTATAIRE LIC

Auteur du rapport

Autre prestataire LIC
(Préciser nom et prénom)

Explicitez les objectifs de prise en charge logopédique spécifiques au trouble et les moyens pour les atteindre pour l'octroi à venir.

Objectifs thérapeutiques

III. Proposition de suite à donner

DEMANDE NOUVELLE PRESTATION DE LOGOPEDIE

Objectifs thérapeutiques

Type de prestation	Nombre séances	Durée séance	Date début	Date fin
<input type="checkbox"/> Mesure préventive individuel	12 séances sur une année	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 60		
<input type="checkbox"/> Mesure préventive groupe	12 séances sur une année	60 minutes		
<input type="checkbox"/> Traitement individuel	<input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 60		
<input type="checkbox"/> Traitement groupe	<input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	60 minutes		
<i>Si groupe coanimé - 2^{ème} LIC à désigner (nom et prénom) :</i>				
<input type="checkbox"/> Conseil/guidance parents	Entre 6 et 12 (préciser) :	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 60		
<input type="checkbox"/> Groupe de parents	Entre 1 et 12 (préciser) :	<input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 120		
<i>Si groupe coanimé - 2^{ème} LIC à désigner (nom et prénom) :</i>				
<input type="checkbox"/> Conseil/ accompagnement prof.	Entre 6 et 12 (préciser) :	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 60		

PRESTATAIRE LIC

Auteur du rapport

Autre prestataire LIC
(Préciser nom et prénom)

Ces objectifs doivent être mesurables (quantitatifs) et/ou évaluables (qualitatifs) et sont estimés pouvoir être acquis au terme de la prestation demandée.

Projet de suite à donner

FIN DE LA PRESTATION ET SUITE À DONNER

Si le bilan conclut à des difficultés ou à un trouble, le professionnel PPL définit une prestation spécifique correspondant à ce qui est nécessaire et suffisant à la reprise du processus évolutif et la réhabilitation des capacités d'apprentissage.

(Cadre général des prestations PPL, p. 13)

Projet de suite à donner

Le bilan PPL peut déboucher sur (*cadre général des prestations PPL, p. 13*):

Une prestation du même domaine PPL

- Soutien dans le cadre d'une mesure préventive
- Traitement dans le cadre d'une mesure ordinaire simple ou combinée
- Traitement dans le cadre d'une mesure renforcée
- Prestation indirecte aux parents (év. enseignant)

Un renvoi vers une autre profession PPL ou une autre structure d'aide (bilan sans suite en LIC):

- Bilan PPL dans une autre profession PPL
- Réorientation vers une autre aide scolaire ou de pédagogie spécialisée
- Renvoi vers une structure d'aide externe (socio-éducative, médicale ou autre).

Projet de suite à donner

III. Proposition de suite à donner

DEMANDE NOUVELLE PRESTATION DE LOGOPEDIE

Objectifs thérapeutiques

Cochez la case correspondante au type de prestation demandée.

Type de prestation	Nombre séances	Durée séance	Date début	Date fin
<input type="checkbox"/> Mesure préventive individuel	12 séances sur une année	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 60		
<input type="checkbox"/> Mesure préventive groupe	12 séances sur une année	60 minutes		
<input type="checkbox"/> Traitement individuel	<input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 60		
<input type="checkbox"/> Traitement groupe	<input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	60 minutes		
<i>Si groupe coanimé - 2^{ème} LIC à désigner (nom et prénom) :</i>				
<input type="checkbox"/> Conseil/guidance parents	Entre 6 et 12 (préciser) :	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 60		
<input type="checkbox"/> Groupe de parents	Entre 1 et 12 (préciser) :	<input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 120		
<i>Si groupe coanimé - 2^{ème} LIC à désigner (nom et prénom) :</i>				
<input type="checkbox"/> Conseil/ accompagnement prof.	Entre 6 et 12 (préciser) :	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 60		

PRESTATAIRE LIC

Auteur du rapport

Autre prestataire LIC
(Préciser nom et prénom)

Projet de suite à donner

III. Proposition de suite à donner

DEMANDE NOUVELLE PRESTATION DE LOGOPEDIE

Objectifs thérapeutiques

Type de prestation	Nombre séances	Durée séance	Date début	Date fin
<input type="checkbox"/> Mesure préventive individuel	12 séances sur une année	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 60		
<input type="checkbox"/> Mesure préventive groupe	12 séances sur une année	60 minutes		
<input type="checkbox"/> Traitement individuel	<input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 60		
<input type="checkbox"/> Traitement groupe	<input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	60 minutes		
<i>Si groupe coanimé - 2^{ème} LIC à désigner (nom et prénom) :</i>				
<input type="checkbox"/> Conseil/guidance parents	Entre 6 et 12 (préciser) :	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 60		
<input type="checkbox"/> Groupe de parents	Entre 1 et 12 (préciser) :	<input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 120		
<i>Si groupe coanimé - 2^{ème} LIC à désigner (nom et prénom) :</i>				
<input type="checkbox"/> Conseil/ accompagnement prof.	Entre 6 et 12 (préciser) :	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 60		

PRESTATAIRE LIC

Auteur du rapport

Autre prestataire LIC (Préciser nom et prénom)

En fonction du type de prestation demandée, et si nécessaire, précisez:

- le nombre de séances
- la durée des séance

Indiquer le projet de suite à donner

III. Proposition de suite à donner

DEMANDE NOUVELLE PRESTATION DE LOGOPEDIE

Objectifs thérapeutiques

Type de prestation	Nombre séances	Durée séance	Date début	Date fin
<input type="checkbox"/> Mesure préventive individuel	12 séances sur une année	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 60		
<input type="checkbox"/> Mesure préventive groupe	12 séances sur une année	60 minutes		
<input type="checkbox"/> Traitement individuel	<input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 60		
<input type="checkbox"/> Traitement groupe	<input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	60 minutes		
<i>Si groupe coanimé - 2^{ème} LIC à désigner (nom et prénom) :</i>				
<input type="checkbox"/> Conseil/guidance parents	Entre 6 et 12 (préciser) :	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 60		
<input type="checkbox"/> Groupe de parents	Entre 1 et 12 (préciser) :	<input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 120		
<i>Si groupe coanimé - 2^{ème} LIC à désigner (nom et prénom) :</i>				
<input type="checkbox"/> Conseil/ accompagnement prof.	Entre 6 et 12 (préciser) :	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 60		

PRESTATAIRE LIC

Auteur du rapport

Autre prestataire LIC (Préciser nom et prénom)

Précisez les dates de début et de fin pour la prestation demandée.

Attention: Le rapport doit être déposé au moins un mois avant la date d'échéance de la prestation en cours pour permettre la continuité de la prise en charge.

Groupe co-animé par deux logopédistes

III. Proposition de suite à donner

DEMANDE NOUVELLE PRESTATION DE LOGOPEDIE

Objectifs thérapeutiques

Type de prestation	Nombre séances	Durée séance	Date début	Date fin
<input type="checkbox"/> Mesure préventive individuel	12 séances sur une année	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 60		
<input type="checkbox"/> Mesure préventive groupe	12 séances sur une année	60 minutes		
<input type="checkbox"/> Traitement individuel	<input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 60		
<input type="checkbox"/> Traitement groupe	<input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	60 minutes		
<input type="checkbox"/> Si groupe coanimé - 2 ^{ème} LIC à désigner (nom et prénom) : <input type="text"/>				
<input type="checkbox"/> Conseil/guidance parents	Entre 6 et 12 (préciser) :	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 60		
<input type="checkbox"/> Groupe de parents	Entre 1 et 12 (préciser) :	<input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 120		
<input type="checkbox"/> Si groupe coanimé - 2 ^{ème} LIC à désigner (nom et prénom) : <input type="text"/>				
<input type="checkbox"/> Conseil/ accompagnement prof.	Entre 6 et 12 (préciser) :	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 60		

PRESTATAIRE LIC

Auteur du rapport

Autre prestataire LIC (Préciser nom et prénom)

Dans le cadre d'un traitement en groupe ou d'un groupe de parents, un seul rapport de bilan doit être établi par le logopédiste en charge de la situation.

Groupe co-animé par deux logopédistes

III. Proposition de suite à donner

DEMANDE NOUVELLE PRESTATION DE LOGOPEDIE

Objectifs thérapeutiques

Type de prestation	Nombre séances	Durée séance	Date début	Date fin
<input type="checkbox"/> Mesure préventive individuel	12 séances sur une année	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 60		
<input type="checkbox"/> Mesure préventive groupe	12 séances sur une année	60 minutes		
<input type="checkbox"/> Traitement individuel	<input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 60		
<input type="checkbox"/> Traitement groupe	<input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	60 minutes		
<input type="checkbox"/> Si groupe coanimé - 2 ^{ème} LIC à désigner (nom et prénom) : <input type="text"/>				
<input type="checkbox"/> Conseil/guidance parents	Entre 6 et 12 (préciser) :	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 60		
<input type="checkbox"/> Groupe de parents	Entre 1 et 12 (préciser) :	<input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 120		
<input type="checkbox"/> Si groupe coanimé - 2 ^{ème} LIC à désigner (nom et prénom) : <input type="text"/>				
<input type="checkbox"/> Conseil/ accompagnement prof.	Entre 6 et 12 (préciser) :	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 60		

PRESTATAIRE LIC

Auteur du rapport

Autre prestataire LIC (Préciser nom et prénom)

Le 2^{ème} logopédiste (nom et prénom) doit être indiqué ici pour qu'il puisse recevoir également une désignation pour la prestation demandée.

Préciser le prestataire LIC

III. Proposition de suite à donner

DEMANDE NOUVELLE PRESTATION DE LOGOPEDIE

Objectifs thérapeutiques

Type de prestation	Nombre séances	Durée séance	Date début	Date fin
<input type="checkbox"/> Mesure préventive individuel	12 séances sur une année	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 60		
<input type="checkbox"/> Mesure préventive groupe	12 séances sur une année	60 minutes		
<input type="checkbox"/> Traitement individuel	<input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 60		
<input type="checkbox"/> Traitement groupe	<input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	60 minutes		
<i>Si groupe coanimé - 2^{ème} LIC à désigner (nom et prénom) :</i>				
<input type="checkbox"/> Conseil/guidance parents	Entre 6 et 12 (préciser) :	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 60		
<input type="checkbox"/> Groupe de parents	Entre 1 et 12 (préciser) :	<input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 120		
<i>Si groupe coanimé - 2^{ème} LIC à désigner (nom et prénom) :</i>				
<input type="checkbox"/> Conseil/ accompagnement prof.	Entre 6 et 12 (préciser) :	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 60		

PRESTATAIRE LIC

Auteur du rapport

Autre prestataire LIC (Préciser nom et prénom)

Précisez quel sera le prestataire à désigner pour la prestation demandée: Vous-même (auteur du rapport) ou un-e autre thérapeute déjà identifié.

Bilan sans suite en LIC

Sélectionnez les motifs parmi les options du menu déroulant.

BILAN SANS SUITE (EN LIC)

	Motifs	Choisissez un élément.
Précisions sur le motif	☰ Motifs de fin de prise en charge	
	Choisissez un élément. ▾	
Suite à donner et remarques	Présence de difficultés sans nécessité de logopédie	
	Objectifs atteints	
	Motivation/investissement insuffisant	
	Absence d'évolution positive	
	Priorité donnée à une autre prestation	

	Age limite atteint / formation prof. terminée	
	Intégration établissement pédagogie spécialisée	
	Retour en logopédie scolaire/CRPS	
	Financement LAMal	

	Déménagement (hors canton)	
	Incompatibilité organisationnelle	
	Rupture thérapeutique	

Bilan sans suite en LIC

BILAN SANS SUITE (EN LIC)

Motifs

Précisions sur le motif

Suite à donner et remarques

- Présence de difficultés sans nécessité de logopédie
- Objectifs atteints
- Motivation/investissement insuffisant
- Absence d'évolution positive
- Priorité donnée à une autre prestation
-
- Age limite atteint / formation prof. terminée
- Intégration établissement pédagogie spécialisée
- Retour en logopédie scolaire/CRPS
- Financement LAMal
-
- Déménagement (hors canton)
- Incompatibilité organisationnelle
- Rupture thérapeutique

Motifs d'ordre clinique.

Bilan sans suite en LIC

BILAN SANS SUITE (EN LIC)

Motifs	Choisissez un élément.
Précisions sur le motif	☰ Motifs de fin de prise en charge Choisissez un élément. ▾
Suite à donner et remarques	Présence de difficultés sans nécessité de logopédie Objectifs atteints Motivation/investissement insuffisant Absence d'évolution positive Priorité donnée à une autre prestation ----- Age limite atteint / formation prof. terminée Intégration établissement pédagogie spécialisée Retour en logopédie scolaire/CRPS Financement LAMal ----- Déménagement (hors canton) Incompatibilité organisationnelle Rupture thérapeutique

Motifs en lien avec la situation institutionnelle.

Bilan sans suite en LIC

BILAN SANS SUITE (EN LIC)

Motifs	Choisissez un élément.
Précisions sur le motif	Motifs de fin de prise en charge Choisissez un élément. ▼
Suite à donner et remarques	Présence de difficultés sans nécessité de logopédie Objectifs atteints Motivation/investissement insuffisant Absence d'évolution positive Priorité donnée à une autre prestation ----- Age limite atteint / formation prof. terminée Intégration établissement pédagogie spécialisée Retour en logopédie scolaire/CRPS Financement LAMal ----- Déménagement (hors canton) Incompatibilité organisationnelle Rupture thérapeutique

Motifs en lien avec le bénéficiaire ou ses parents.

Bilan sans suite en LIC

BILAN SANS SUITE (EN LIC)

Motifs

Précisions sur le motif

Suite à donner et
remarques

Certains motifs
doivent faire l'objet
d'une précision.

Bilan sans suite en LIC

BILAN SANS SUITE (EN LIC)

Motifs

Précisions sur le motif

Suite à donner et
remarques

Certains motifs
doivent faire l'objet
d'une précision.

Si absence d'évolution positive	→	Hypothèses sur l'absence d'évolution
Si priorité donnée à une autre prestation	→	Préciser laquelle et les raisons de la priorisation
Si enclassement en établissement PS	→	Nom de l'institution
Si retour en logopédie scolaire/CRPS	→	Motif du retour en logopédie scolaire
Si incompatibilité organisationnelle	→	Préciser si problème d'horaire ou de trajet
Si rupture thérapeutique	→	Motifs de la rupture

Bilan sans suite en LIC

BILAN SANS SUITE (EN LIC)

Motifs

Précisions sur le motif

Suite à donner et
remarques

Précisez une
éventuelle suite à
donner.

Renouveler une prestation de logopédie

Rapport de renouvellement

EVALUATION DE L'ATTEINTE DES OBJECTIFS PRECEDENTS



Dans le rapport de renouvellement, il est essentiel d'évaluer l'atteinte des objectifs précédents.

Terminer une prestation de logopédie

Transmettre la synthèse de fin

La DPPLS doit être informée qu'une prestation de logopédie se termine:

- En cas de bilan, l'information figure sur le rapport dans la section «Bilan sans suite»
- Pour toutes les autres prestations spécifiques (mesure préventive, traitement, soutien post-traitement) qui arrivent à leur terme et qui ne sont pas renouvelées, il est nécessaire d'informer la DPPLS des motifs de fin et des résultats avec l'aide du modèle de synthèse de fin.

Synthèse de fin de prestation

II. Synthèse de fin de prise en charge LIC

MOTIF DE FIN ET SUITE

Date de fin (date de la dernière séance)

Motifs

Précisions sur le motif

Suite à donner et remarques

EVALUATION DE L'ATTEINTE DES OBJECTIFS

Lorsque qu'une prise en charge en LIC prend fin, ces 3 rubriques doivent être remplies comme pour un bilan sans suite.

Synthèse de fin de prestation

II. Synthèse de fin de prise en charge LIC

MOTIF DE FIN ET SUITE

Date de fin (date de la dernière séance)

Motifs

Précisions sur le motif

Suite à donner et remarques

EVALUATION DE L'ATTEINTE DES OBJECTIFS

Indiquez les objectifs (atteints ou non atteints) et les résultats aux tests.

Préciser les limitations résiduelles et l'impact de celles-ci sur le fonctionnement de l'élève.

Transmission du rapport ou de la synthèse

Transmission du rapport ou de la synthèse

Les rapports ou synthèse de fin doivent être transmis:

- par courrier postal à la région du domicile de l'enfant et qui gère les octrois
- en format PDF, via la demande en ligne (à venir)