Fiche de renseignements dans le cadre d’un bilan psychomoteur

**2**

Madame, Monsieur,

Vous avez formulé une demande de bilan psychomoteur pour votre enfant. Voici d’abord quelques précisions :

*Le bilan psychomoteur, c’est quoi ? C’est une évaluation méthodique des possibilités sensorielles, praxiques, kinesthésiques, gnosiques et relationnelles du petit comme de l’adulte.*

*Ça se passe comment ? Le bilan se compose d’un* ***entretien*** *qui retrace le parcours du patient, puis d’une* ***évaluation*** *sur une ou deux séances(s), et enfin d’un* ***compte rendu*** *verbal et écrit : il faut donc prévoir au minimum 3 séances.*

*Ça sert à quoi ? Le bilan des fonctions psychomotrices détermine les* ***potentialités*** *et les* ***difficultés*** *du patient, à un* ***moment précis de son développement****. Le bilan n’est pas déterminant de l’évolution du patient : il donne simplement des repères.*

*Et après ? L’analyse des différents bilans (orthophonie, orthoptie, neuropsychologue…) permet ensuite de croiser les observations et de définir les* ***appuis*** *dont le patient (et son entourage) peut avoir besoin pour progresser dans certains domaines. Je me met éventuellement en relation avec les autres partenaires de soin et d’éducation pour approfondir certains points.*

Pour être le plus complet possible, le bilan psychomoteur requiert des informations précises sur le **développement et le parcours de votre enfant** : ce document a pour objectif de les recueillir. Merci de prendre le temps de le compléter (en moyenne, 20 à 30 minutes), puis de me le renvoyer par mail, **au plus tard 2 jours avant le premier rendez-vous** afin que je puisse en prendre connaissance et préparer notre premier entretien. *Il est préférable de compléter ce document depuis un ordinateur -et non un smartphone-, sans quoi la mise en page se désorganise, et les réponses aussi...!).*

Les rendez-vous seront réglés **après chaque séance** (60 euros), uniquement en liquide ou par chèque (pas de CB). **Si votre enfant en a besoin**, nous pourrons programmer une **séance de bilan complémentaire intermédiaire** (40 euros), dans l’éventualité où toutes les épreuves ne pourraient être réalisées sur une seule et même séance. Enfin, une **facture** vous sera donnée au terme du bilan. Pour rappel, **prévoyez d’apporter** pour les séances de bilans :

* Le carnet de santé de votre enfant
* La prescription médicale pour le bilan psychomoteur
* Les bilans précédemment réalisés (orthophonie, psychologie, orthoptie, ergothérapie, kinésithérapie, etc…)
* Un courrier de l’instituteur.trice -ou du référent d’accueil en collectivité-, permettant de connaitre sa propre vision de l’intégration globale de votre enfant en collectivité
* Un cahier d’écriture de l’année en cours, si votre enfant est scolarisé
* Une tenue confortable pour votre enfant (jogging, baskets)
* Un petit encas et une bouteille d’eau
* Vous pouvez aussi apporter des vidéos de situation de jeu, de quotidien ou des photos si vous le souhaitez.

Je reste à votre disposition par mail pour préciser avec vous les points nécessaires, et vous souhaite bonne lecture.

Cordialement,

*Christelle Bois-Charpentier, psychomotricienne*

Table des matières

[Vie familiale 3](#_Toc5635020)

[ATCD personnels - Suivis complémentaires 3](#_Toc5635021)

[Elements périnataux 4](#_Toc5635022)

[Evolution du développement moteur 4](#_Toc5635023)

[Développement sensori-moteur et oralité 5](#_Toc5635024)

[Parcours et Environnement social/scolaire 5](#_Toc5635025)

[Vie quotidienne & autonomie 6](#_Toc5635026)

[Activité ludiques / sportives / créatives 6](#_Toc5635027)

Bilan Psychomoteur concernant …

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adresse |  | Téléphone |  |
| Date de naissance |  | Âge lors du bilan |  |
| Date de séances de bilan psychomoteur |  | Accueil actuel en collectivité |  |

*Un bilan psychomoteur est une évaluation méthodique des possibilités sensorielles, praxiques, kinesthésiques, gnosiques et relationnelles du petit comme de l’adulte. Il se compose d’un* ***entretien*** *qui retrace l’anamnèse du patient, puis d’une* ***évaluation****, et d’un compte rendu oral et écrit. Les observations psychomotrices issues du bilan permettent de comprendre quelles sont**les* ***potentialités*** *et les* ***difficultés*** *du patient, afin de définir de quels* ***appuis*** *lui-même et son entourage peuvent avoir besoin pour progresser dans certains domaines.*

*Ce bilan des fonctions psychomotrices n’est pas déterminant de l’évolution du patient : il donne un reflet du développement, à un moment précis de celui-ci.*

Motif de Consultation

L’enfant consulte en Psychomotricité dans le cadre d’un bilan psychomoteur sur prescription médicale par le Docteur …

L’orientation provient également de … pour les motifs suivants :

Parents, comment décririez-vous votre enfant ?

Si son âge le lui permet, que dit-il/elle de ses difficultés qui l’amènent à consulter ?

Anamnèse & contexte du développement psychomoteur

# Vie familiale

|  |  |
| --- | --- |
| **Présence parentale** |  |
| **Professions parentales** |  |
| **Fratrie** |  |
| **Informations complémentaires** |  |

# ATCD personnels - Suivis complémentaires

|  |  |
| --- | --- |
| **ATCD personnels** |  |
| **ATCD familiaux (troubles développementaux ?)** |  |

*Les informations suivantes ne peuvent bien sûr pas se substituer au bilan complet des spécialités concernées.*

|  |  |
| --- | --- |
| **SUIVIS de l’enfant** | **​Nom de l’intervenant / Indication / Âge de l'enfant / Fréquence** |
| **Pédiatre / Généraliste** |  |
| **Psychomotricienne** |  |
| **Psychologue** |  |
| **Neuropsychologue** |  |
| **Orthophoniste** |  |
| **Kinésithérapeute** |  |
| **Ergothérapeute** |  |
| **Podologue** |  |
| **Ostéopathe** |  |
| **Ophtalmologue** |  |
| **Orthoptiste** |  |
| **Dentiste / Orthodontiste** |  |
| **ORL** |  |
| **Autre** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Corrections éventuelles*** | **Précisions** |
| ***Visuelles*** |  |
| ***Auditives*** |  |
| ***Posturales*** |  |
| ***Autre*** |  |

# Elements périnataux

|  |  |
| --- | --- |
| **Déroulement de la grossesse** | Vécu global des deux parents ?  Infection, HTA, diabète, médicaments ? |
| **Naissance** | Terme ?  Voie Basse ou Césarienne ?  Présentation du bébé (siège ? tête ?...)  Durée du travail, progression du bébé ?  Souffrance fœtale ?  Aide instrumentale ? |
| **Néonatalogie ?** | Si oui, préciser la raison et la durée  >> Penser à apporter le carnet de santé et le compte-rendu au prochain rdv ! |
| **1ers jours / 1ères semaines** | Comment se sont passés les premiers jours ?  Allaitement maternel ou au biberon : comment cela se passait-il ?  Était-ce un bébé « facile » ou non à porter, à consoler ? |
| **Remarques** |  |

# Evolution du développement moteur

|  |  |
| --- | --- |
| **Etapes du développement sensori-moteur** | **Âge d’acquisition** |
| **Retournements** |  |
| **Ramper** |  |
| **Station assise libérée** (s’est mis/e assis/e par lui/elle-même) |  |
| **« Vrai » Quatre pattes** (= 4 appuis alternés et coordonnés des mains et des pieds/genoux au sol)  **Ou bien : autre moyen de déplacement ?** |  |
| **Station debout libérée** |  |
| **Marche libérée** (prise d’appui autonome, sans l’adulte) |  |
| **Escaliers** | Monter : Descendre : |
| **Acquisition du contrôle des sphincters** | De jour : De nuit :  Remarques : |
| **Pédalage** (draisienne, vélo à 4 roues, à 2 roues) |  |
| **Remarques** (youpala ? chaussage avant la marche ?) |  |

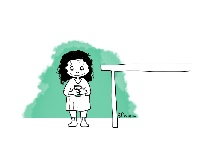
# Développement sensori-moteur et oralité

|  |  |
| --- | --- |
| **Repas** | Age de la diversification alimentaire :  Durée/moyenne des repas / Textures possibles : |
| **Pouce ? Tétine ?** | Si oui, sur quelle durée ? |
| **Langage verbal** | Babillage – Gazouillis ?  Age des premiers mots/phrases ?  Était-il/elle compréhensible par l’instit/par vous-même lors de l’entrée en maternelle ? |
| **Particularités sensorielles** (tactiles, orales…) | Dans les situations de repas, de bain, d’habillage, etc., votre enfant a-t-il des conduites d’évitement envers certaines matières, certains bruits, certaines textures alimentaires ? |
| **Particularités orales ?** | (Bruxisme, hyper-réflexe nauséeux, tendance à mâchouiller des objets …) |
| **Troubles de la digestion chroniques ?** | (RGO, constipation, diarrhée…) |
| **Remarques complémentaires** |  |

# Parcours et Environnement social/scolaire

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Lieu d’accueil** | **Intégration globale** |
| **0-3 ans** |  |  |
| **Ecole maternelle** |  |  |
| **Ecole primaire** |  |  |
| **Collège** |  |  |
| ***Interventions médicoéducatives*** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Socialisation de l’enfant en collectivité** |  |
| **Activités et matières favorites** |  |
| **Activités et matières moins confortables** |  |

Vie quotidienne & autonomie

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vie relationnelle** | **Sommeil** | **Habillage / Déshabillage** | **Bain, toilette** | **Repas** |
| A la maison :  En collectivité : | Temps de sommeil :  Siestes ?  Qualité de l’endormissement :  Réveils nocturnes ?  Fatigue le matin ? | Habillage Déshabillage :  Laçage :  Boutonnage :  Fermeture éclair :  Sens des vêtements : | Savonnage :  Rinçage :  Brossage des dents, des cheveux : | Observations particulières ?  *(Précisions : à inscrire dans la partie Oralité)* |

# Activité ludiques / sportives / créatives

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A l’heure actuelle… | **Jeux favoris (petite enfance et aujourd’hui)** |  |
| **Pratique sportive / créative régulière** |  |
| Dans la petite enfance, votre enfant était-il à l’aise (ou bien en retrait) dans les jeux suivants : | Jeux de **manipulation sensorielle** (semoule, riz, peinture à doigts, etc.) |  |
| Les **jeux de construction** (en 2D et en 3D) | Puzzle ?  Lego, kapla ? Cabanes ? |
| Le **Découpage, graphisme, arts plastiques** |  |
| Les **Jeux de société, jeux de règles** |  |
| L’**Expressivité corporelle** | Danse, Chant, Théâtre, Musique, etc ? |
| **Les Jeux extérieurs / collectifs** |  |
| *Entourez les éléments nécessaires :* **Jeux et usage d’écrans >**  Nature des supports utilisés >  Type d’usage >  Fréquence et Temps moyen passé chaque jour >  Des remarques ? | | Oui / Parfois / Rarement / Jamais : ….  Télévision / Tablette / Smartphone / Console / Autre : …  Dessins animés / Jeux vidéo / Internet / Autre : …  …  … |

Fin du questionnaire, merci.