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, afin de répondre à des questions courantes :

*Le bilan psychomoteur, c’est quoi ?*

*C’est une évaluation méthodique des possibilités sensorielles, motrices, gestuelles, cognitives et relationnelles du petit comme de l’adulte. Il se base sur des tests standardisés et des observations qualitatives.*

*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) au cours de laquelle des situations de jeu, de graphisme sont proposées à l’enfant. Le dernier rendez-vous est celui de la* ***synthèse*** *(verbale et écrite).*

*Ces trois rendez-vous seront réglés* ***après chaque séance*** *(60 euros), en espèces 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.*

*Ça sert à quoi ?*

*Le bilan est un outil au diagnostic médical : il aide à situer le niveau et le contexte de développement de l’enfant, à identifier ses difficultés comme ses facultés, et à tracer des objectifs d’accompagnement.*

*Et après ?*

*L’analyse des différents bilans (pédiatrique, psychomoteur, orthophonique, orthoptique, neuropsychologique,…) permet ensuite de* ***croiser les observations*** *puis de* ***définir les appuis*** *dont l’enfant (et son entourage) aura besoin pour progresser dans son développement. Le lien avec ses parents comme les autres partenaires de soin et d’éducation est essentiel pour approfondir certaines observations et pour travailler ensemble à l’aménagement du quotidien, dans un esprit de GLOBALITE.*

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...!).* Il est à m’adresser à l’adresse suivante : christelle.psychomot86@gmail.com

Pour rappel, prévoyez d’apporter pour les séances de bilans :

1. Le **carnet de santé** de votre enfant
2. La **prescription médicale** pour le bilan psychomoteur
3. Les **bilans** précédemment réalisés (orthophonie, psychologie, orthoptie, ergothérapie, kinésithérapie, etc…)
4. Un **courrier du référent** d’accueil en collectivité (instituteur.trice, éducatrice, assistante maternelle…) me permettant de connaitre sa propre vision de l’intégration globale de votre enfant en collectivité, ses facultés dans les apprentissages, de jeu, etc.
5. Un **cahier** d’écriture de l’année en cours, si votre enfant est scolarisé
6. Une **tenue confortable** pour votre enfant (jogging, baskets)
7. Un **petit encas** et une bouteille d’eau
8. Vous pouvez aussi apporter un **album photos** de la petite enfance ou des vidéos 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 4](#_Toc21278910)

 [Antécedents personnels - Suivis complémentaires 4](#_Toc21278911)

[Elements périnataux 5](#_Toc21278912)

 [Evolution du développement moteur 5](#_Toc21278913)

[Développement sensori-moteur et oralité 6](#_Toc21278914)

[Parcours et Environnement social/scolaire 6](#_Toc21278915)

[Vie quotidienne et autonomie 7](#_Toc21278916)

[Activité ludiques / sportives / créatives 7](#_Toc21278917)

Bilan Psychomoteur concernant

(NOM et prénom de l’enfant)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Adresse** |  | **Téléphone** |  |
| **Nom du parent/tuteur** |  | **Numéro de Sécurité Sociale** |  |
| **Date de naissance**  |  | **Age lors du bilan** |  |
| **Période du bilan**  | 1er entretien : [Sélectionner une date]Dernière séance : [Sélectionner une date] | **Accueil en collectivité** |  |

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 lui permet, comment votre enfant s’exprime t’il/elle sur les difficultés qui l’amènent à consulter ?

**Observations du développement de l’enfant**

Complété par les parents

# Vie familiale

|  |  |
| --- | --- |
| **Présence parentale à la maison** |  |
| **Professions parentales** |  |
| **Fratrie (+ dates de naissances)** |  |
| **Informations complémentaires** |  |

#  Antécedents personnels - Suivis complémentaires

|  |  |
| --- | --- |
| **Antécédents personnels (troubles chroniques, hospitalisations, accidents ?)** |  |
| **Antécédents 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** | **Âge de l'enfant / Fréquence** | **Motif** |
| **Pédiatre / Généraliste** |  |  |  |
| **Psychomotricienne** |  |  |  |
| **Psychologue** |  |  |  |
| **Neuropsychologue** |  |  |  |
| **Orthophoniste** |  |  |  |
| **Kinésithérapeute** |  |  |  |
| **Ergothérapeute** |  |  |  |
| **Podologue** |  |  |  |
| **Ostéopathe** |  |  |  |
| **Ophtalmologue** |  |  |  |
| **Orthoptiste** |  |  |  |
| **Dentiste / Orthodontiste** |  |  |  |
| **ORL** |  |  |  |
| **Autre ? (Généticien, pneumologue…)** |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Corrections éventuelles*** | **Types de corrections, durée, fréquence d’usage**  |
| ***Visuelles*** |  |
| ***Auditives*** |  |
| ***Posturales*** |  |
| ***Autre*** |  |

# Elements périnataux

|  |  |
| --- | --- |
| **Déroulement de la grossesse** | Vécu global de la maman :Du papa :Infection, HTA, diabète, médicaments ? |
| **Naissance**(Ces précisions sont généralement notées dans le carnet de santé) | Terme :Déclenchée / Spontanée ?Par Voie Basse / Césarienne ?Présentation du bébé (tête ? siège ?)Durée du travail, progression du bébé :Aide instrumentale ?Score d’AGPAR ? |
| **Néonatalogie ?** | Si oui, préciser la raison et la durée >> Penser à apporter le carnet de santé + le compte-rendu au prochain rdv |
| **1ers jours / 1ères semaines** | Comment se sont passés les premiers jours à la maternité ?A la maison ?Était-ce un bébé « facile » à porter, à consoler ?Allaitement maternel ? Au biberon ?Vos observations ? |
| **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 : |
| **« Propreté »** | De jour : De nuit : Remarques : |
| **Pédalage** (draisienne, vélo à 4 roues, à 2 roues) |  |
| **Nage, aisance dans l’eau** |  |
| **Latéralisation manuelle :** Observez-vous une dominance manuelle dans le quotidien de votre enfant (pour écrire, manger …) ? | Main Droite ?Main Gauche ? |
| **Remarques**(Youpala ? Chaussage avant la marche ?) |  |

# Développement sensori-moteur et oralité

|  |  |
| --- | --- |
| **Repas** | Allaitement (durée et observations) :* Maternel :
* Au biberon :

Age de la diversification alimentaire :Durée/moyenne des repas :Différentes 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** | 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, réflexe nauséeux prononcé, 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 - RASED*** |  |  |

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

Vie quotidienne et autonomie

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vie relationnelle** | **Sommeil** | **Habillage / Déshabillage** | **Bain, toilette** | **Repas** |
| Qualité globale des relations :* à 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.