

Questionnaire professionnel de santé



Questionnaire à faire remplir par le ou les professionnels de santé qui rencontrent votre enfant

Ce document peut être confié à la famille sous enveloppe fermée ou adressé directement au neuropsychologue Mélanie Bouton à l'adresse mail suivante :

melanie.bouton35@pm.me

ou par voie postale
5 rue de la Chalotais 35510 Cesson-Sévigné

Date du jour :

Votre nom / prénom :

Profession :

N° téléphone :

Adresse mail :

Nom de l'enfant :

Age :

Date du début du suivi :

AXES DE TRAVAIL

(Avec l'accord des parents, pouvez-vous me transmettre votre CR ?)

Type de bilan effectué :

Suivi mis en place à l'issue du bilan ?

☐ Oui ☐ Non

Evolution observée suite à la prise en charge :

COMPORTEMENT FACE AU TRAVAIL EFFECTUE EN SEANCE

Respect des demandes orales et écrites :

Soin :

Autonomie dans le travail :

Vitesse d'exécution :

Capacités d'attention :

Réaction à l'environnement sensoriel (auditive, visuelle, tactile, etc.) :

Comportement en séance (perturbateur, calme, distrait, etc.) :

Commentaires (si besoin) :

RELATIONS INTERPERSONNELLES

Relations avec d'autres enfants (si observable) :

Relations avec l'adulte :

Présence de comportements inadaptés :

Commentaires (si besoin) :

FONCTIONNEMENT PSYCHOLOGIQUE

Ressentis / impressions concernant le fonctionnement psychologique de l'enfant (serein, manque de confiance en lui, etc.) :

Qualité de l'alliance thérapeutique :

- Avec l'enfant :
- Avec les parents :

GRAVITE DES DIFFICULTES

Quel est votre sentiment sur les difficultés de l'enfant ?

Un examen neuropsychologique vous semble-t-il pertinent à ce jour ?

☐ Oui ☐ Non

Si vous en avez, quelles sont vos attentes le concernant ?

MERCI BEAUCOUP POUR VOTRE PRECIEUSE COLLABORATION

Je reste entièrement disponible pour échanger de vive voix également !