

## FICHE DE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE /SEANCES DE PSYCHOMOTRICITE

(A transmettre au réseau et au psychomotricien choisi par la famille)

### Patient

Nom et prénom:

Date de naissance :

Age réel :

Age corrigé :

Domiciliation (Ville et code postal uniquement):

Téléphone :

Adresse mail :

Groupe de suivi :

Age gestationnel :

1- Prématuré < 33 SA

2 - RCIU (Audipog) 33-36 SA <3ème percentile Ou: PN<1500g et ≥ 33 SA

3 - Encéphalopathie anoxique ou ischémique ≥33 SA (symptômes neurologiques> 24h)

4 - Autre pathologie périnatale susceptible d'altérer le développement / cojumeau d'un patient inclus dans le groupe 2

### Médecin pilote prescripteur

Nom / prénom :

Téléphone :

Mail :

Date de la prescription : \_\_/\_\_/\_\_

Cachet et signature du professionnel

### Psychomotricien choisi

Nom / Prénom :

Téléphone :

Mail :

Type de séances souhaité :  au domicile  en cabinet

### Type de demande

- Bilan (3 séances)
- Prise en charge de soutien (au maximum 10 séances bilan compris)
- Renouvellement de prise en charge (au maximum 10 séances supplémentaires)

## Indications

### Indications principales :

**Retard des acquisitions psychomotrices**

**Développement moteur insuffisant ou perturbé :**

- insuffisance posturale
- hypertonie périphérique
- asymétrie posturale ou motrice
- pauvreté de l'initiative motrice
- manque de fluidité/harmonie du mouvement
- troubles de l'équilibre ou de la coordination
- hyperkinésie

**Troubles de la régulation tonique** (ex : hyper extension de l'axe, rétropulsion des épaules, agrippement tonique, effondrement tonique...)

**Troubles de la relation** : retrait, manque de regard adressé, évitement du contact, fluctuations émotionnelles, difficultés dans le portage et les ajustements posturaux

**Troubles de la communication** : pauvreté de babillage, absence de pointage, absence d'attention conjointe, absence d'imitation

**Troubles de l'exploration de l'environnement** : pauvreté de l'exploration de l'objet, activité stéréotypée, pauvreté du jeu spontané

**Troubles de l'intégration sensorielle** : difficultés de poursuite visuelle et d'orientation sonore, hypersensibilité tactile et aux changements de position (vestibulaire)

**Trouble de l'oralité** : succion inefficace, durée longue du repas, hypersensibilité aux morceaux.

### Indication associées

**Difficultés comportementales**

- Angoisses de séparation
- Irritabilité/Agitation

**Soutien à la parentalité**

**Soutien éducatif / soutien des rythmes et des activités de la vie quotidienne**

### Autres soins et aides mis en place ou prescrits

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapie neuro-motrice                    | depuis le __/__/__                            |
| <input type="checkbox"/> Suivi psychologique ou pédopsychiatrique        | depuis le __/__/__                            |
| <input type="checkbox"/> Orthophonie                                     | depuis le __/__/__                            |
| <input type="checkbox"/> Orthoptie                                       | depuis le __/__/__                            |
| <input type="checkbox"/> En attente d'admission au CAMSP                 | adressé le __/__/__<br>délai estimé : __ mois |
| <input type="checkbox"/> En attente d'admission dans un service de soins | adressé le __/__/__<br>délai estimé : __ mois |
| <input type="checkbox"/> En attente de l'AEEH                            | dossier MDPH fait le __/__/__                 |

### Précisions sur les antécédents :

**Précisions sur les symptômes et sur les indications de psychomotricité :**

**Cadre réservé à la coordination**

Date de réception de la demande du médecin pilote \_\_/\_\_/\_\_

Accord Oui Non Date \_\_/\_\_/\_\_

Si refus :  motif pédiatrique  
 motif financier

Accord final financement réseau :  3 séances d'évaluation / bilan de psychomotricité  
 7 séances de psychomotricité de soins / surveillance  
OU  
 10 séances de psychomotricité

Date de la notification au médecin pilote \_\_/\_\_/\_\_

Nom, Prénom du coordinateur :

Signature