

## Dispositif psychomotricité - Formulaire 2

### **BILAN DU MEDECIN PILOTE A L'ISSUE DU PROGRAMME DE PSYCHOMOTRICITE**

**A transmettre à la cellule de coordination du RPSOF-ASNR**

**Par courrier** : ZAC des Godets

1-4 impasse de la Noisette – Bâtiment A – Hall A2 – 91370 VERRIERES-LE-BUISSON

@ : [secretariat@rpsof-asnr.fr](mailto:secretariat@rpsof-asnr.fr)

Date de réponse : ...../...../.....

Nom du médecin pilote : .....

Nom, prénom de l'enfant : .....

Nom du psychomotricien : .....

 **Etes-vous satisfait des délais de mise en place de psychomotricité ?**

plutôt oui

plutôt non

 **Avez-vous rencontré des difficultés logistiques ?**

non

oui, préciser :

.....

 **Etes-vous satisfait de la communication entre vous et le psychomotricien ?**

plutôt oui

plutôt non

 **Observez-vous un bénéfice apporté au patient et/ou à ses parents ?**

aucun

oui modeste

oui

certain

✓ **Pour les oui, préciser les domaines bénéficiaires :**

Amélioration du tonus ou de la posture

Amélioration du niveau d'évolution motrice ou de l'équilibre

Amélioration du comportement

Amélioration de l'accordage tonico-émotionnel parents-enfant

Evolution cognitive positive

Soutien et guidance parentale

**Précisions sur les points négatifs et positifs :** .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

 **Suite des soins : que prévoyez-vous maintenant pour cet enfant :**

- Une simple observation
- Une deuxième série de séances (remplir une nouvelle demande)
- Un maintien de la psychomotricité en libéral financée par la famille
- Un maintien de la psychomotricité en libéral avec demande de financement auprès de la MDPH
- Une orientation vers un autre professionnel en libéral, préciser : .....
- Une orientation vers un établissement de soins, préciser : .....