**Rapport d'evaluation pour une mesure ordinaire**

**de logopedie OU de psychomotricite**

|  |
| --- |
| **Prestation demandée** |

[ ]  **Logopédie** [ ]  **Psychomotricité**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  **Demande initiale** | [ ]  **Nouvelle demande après 24 mois d'interruption de traitement**  |
| [ ]  **Demande de renouvellement**  | [ ]  **Bilan sans suite** |
|  |  |
| **Nombre d'années de traitement et/ou séances déjà effectuées**  |      [ ]  mois / [ ]  années      séances Correspondances en heures (environ) :     heures |

|  |
| --- |
| **Enfant / jeune** |
| **NOM, prénom** |       |
| **Adresse** |       |
| **Date de naissance** |       |
| **Age au moment de l'évaluation** |       |
| **Lieu de socialisation / scolarisation** |       |
| **Année de scolarité** |       |

Dates des séances d'évaluation**:**

|  |
| --- |
| 1. **DESCRIPTION GENERALE DE LA SITUATION**
 |

* 1. **Motif de la demande**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

* 1. **Anamnèse : éléments pertinents en lien avec l'histoire de l'enfant/du jeune (aspects développementaux, socio-familiaux, socio-scolaires, médicaux)**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

* 1. **Mesures (éventuelles) mises en place et effets dans les différents domaines (bio-psycho-sociaux)**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

* 1. **Autre(s) évaluation(s) et diagnostic(s) complémentaire(s)**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

|  |
| --- |
| 1. **BILAN**
 |

* 1. **Liste des outils cliniques et/ou normés (préciser la norme utilisée)**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

* 1. **Observations cliniques**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

* 1. **Résultats normés et/ou cliniques et interprétation**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

* 1. **Conclusion, hypothèses diagnostiques, impacts des difficultés sur le développement bio-psycho-social**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

* 1. **Objectifs thérapeutiques**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

* 1. **Code(s) diagnostique(s)**

 CIM-10 (période transitoire) :  / CIM-11 :

|  |
| --- |
| 1. **PLAN DE TRAITEMENT**
 |

Dates de début et fin de traitement : du       au

Modalité : [ ]  individuel / [ ]  groupe

Nombre de séance(s) :  [ ]  par semaine / [ ]  par mois

Durée de la séance (30, 45, 60 ou 75) :  minutes

|  |
| --- |
| 1. **REMARQUES**
 |

|  |
| --- |
| 1. **THERAPEUTE ACCRÉDITÉE OU ACCRÉDITÉ, CHOISI POUR LE TRAITEMENT**
 |

[ ]  Thérapeute évaluatrice ou évaluateur

[ ]  Autre thérapeute, *si oui préciser le NIF, NOM, prénom, adresse, téléphone et e-mail* *:*

|  |
| --- |
| 1. **SIGNATURE**
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Thérapeute évaluatrice ou évaluateur** | **Médecin** (facultatif) |
| **NIF** |  | **NIF** |  |
| **NOM, prénom** |  | **NOM, prénom** |  |
| **Adresse** |  | **Adresse** |  |
| **Téléphone** |  | **Téléphone** |  |
| **Courriel** |  | **Courriel** |  |
| Fait à Genève, le **Timbre et signature :** | Fait à Genève, le **Timbre et signature :** |