**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 :** | |