

Cadre réservé à la PCO

Date de réception :

...../...../.....

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS POUR LE DEPOT D'UN DOSSIER A LA PCO 7-12 ANS

Ce dossier et les pièces fournies complètent le document renseigné par votre médecin.  
Ces éléments permettront au médecin et à l'équipe de la Plateforme d'étudier votre demande et de valider ou non l'entrée dans un parcours coordonné par la Plateforme TND.  
Seuls les dossiers complets seront traités.

### Liste des pièces à joindre à ce dossier :

- Attestation de droits CPAM, MSA, MGEN, ..., de votre enfant, en cours de validité (téléchargeable sur le site ameli.fr)
- Notification(s) MDPH si vous en avez (au cours du parcours PCO, merci de nous transmettre toute nouvelle notification)
- GEVA-Sco à transmettre, si existant
- Copie des comptes-rendus dont vous disposez (ex : psychomotricité, orthophonie, ORL, ...)
- Justificatif si l'autorité parentale n'est pas attribuée à chaque parent (jugement de divorce, copie du livret de famille, attestation sur l'honneur,...)

### Réclamation

Nous vous informons de la possibilité de **faire une réclamation** concernant le fonctionnement du service ou du parcours de soins, au secrétariat de la plateforme TND ou auprès de son responsable de service. Les réclamations font l'objet d'un suivi anonymisé et peuvent être transmises à l'ARS.

## IDENTIFICATION DE L'ENFANT

NOM : ..... Prénom : .....

Genre :  M  F

Date de naissance : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| | Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal : |\_|\_|\_|\_|\_| Ville : .....

PCO 01 : 18 rue Abbé Gringoz 01000 BOURG EN BRESSE - ☎ 04 28 44 10 45  
[pcotnd01@lespep01.org](mailto:pcotnd01@lespep01.org)

Association gestionnaire : Les PEP 01 – ☎ 04 74 23 71 09 - Mél : [siegepep01@lespep01.org](mailto:siegepep01@lespep01.org)  
Site internet : [www.lespep01.org](http://www.lespep01.org)





## ENVIRONNEMENT SCOLAIRE ET LOISIRS

### Ecole :

..... **Classe fréquentée cette année :** .....

.....

.....

### Aménagements :

**Oui** :

- RASED                       PAP
- PPRE                             PPS
- ULIS                               AESH (ex AVS)
- MPA (ordinateur)

**Non**

**RASED** : Réseau d'Aide Spécialisé aux Elèves en Difficulté

**PPRE** : Programme Personnel de Réussite Educative

**PAP** : Plan d'Accompagnement Personnalisé

**PPS** : Projet Personnalisé de Scolarisation

**MPA** : matériel pédagogique adapté

**ULIS** : Unité Localisée d'Inclusion Scolaire

**AESH** : Accompagnant d'Elève en Situation de Handicap

### Loisirs :

#### Activités extra-scolaires :

**Oui, lesquelles :**

-

-

-

**Non**

**Temps d'écran quotidien :** .....

---

PCO 01 : 18 rue Abbé Gringoz 01000 BOURG EN BRESSE - ☎ 04 28 44 10 45  
[pcotnd01@lespep01.org](mailto:pcotnd01@lespep01.org)

Association gestionnaire : Les PEP 01 – ☎ 04 74 23 71 09 - Mél : [siegepep01@lespep01.org](mailto:siegepep01@lespep01.org)  
 Site internet : [www.lespep01.org](http://www.lespep01.org)

## PROFESSIONNELS RENCONTRES

### Médecin traitant

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : |\_|\_|\_|\_|\_| Ville : .....

Tél fixe : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Tél portable : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

### Consultations spécialisées ou bilans, suivi en structures

*Votre enfant a-t-il rencontré un ou des professionnels suivants ou un rdv est-il prévu ?*

**Merci de joindre les comptes-rendus réalisés et les bilans effectués en lien avec les consultations**

Spécialité		Nom + Prénom du professionnel	Commune / Structure	Date (ou période, ou année)
Médecins	Pédiatre			
	Neuropédiatre, Neurologue			
	ORL			
	Ophtalmologiste			
	Pédopsychiatre			
	Autres médecins			
Professionnels	Ergothérapeute			
	Kinésithérapeute			
	Neuropsychologue			
	Orthophoniste			

PCO 01 : 18 rue Abbé Gringoz 01000 BOURG EN BRESSE - ☎ 04 28 44 10 45  
[pcotnd01@lespep01.org](mailto:pcotnd01@lespep01.org)

Association gestionnaire : Les PEP 01 – ☎ 04 74 23 71 09 - Mél : [siegepep01@lespep01.org](mailto:siegepep01@lespep01.org)  
 Site internet : [www.lespep01.org](http://www.lespep01.org)

	Orthoptiste			
	Psychologue			
	Psychomotricien			
	Autres professionnels			
Education Nationale	Médecin de l'Education Nationale			
	RASED : <input type="checkbox"/> Psychologue de l'Education Nationale <input type="checkbox"/> Maître E <input type="checkbox"/> Maître G			
	GEVA-sco 1 <sup>ère</sup> demande GEVA-sco réexamen			
	PAP ou tout autre aménagement scolaire			
	Autres structures (CMP, CMPP, CAMSP, SESSAD...)			

A transmettre à la Plateforme de Coordination et d'Orientation

**Signature des parents :**

## **CONSENTEMENT ECLAIRE**

### **1- IDENTIFICATION DU PATIENT :**

Nom de naissance : .....

Non usuel (si différent) : .....

Prénoms : ..... Sexe :  M  F

Date de naissance : ...../...../..... Lieu de naissance : .....

### **2- PROFESSIONNELS DE SANTE AUTORISES :**

Ce document vous informe que les données de chaque suivi sont informatisées sur la plateforme de santé de la région AuRA dans le dossier « Mes Patients ». Cette plateforme a été développée par le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) SARA ([www.sante-ara.fr](http://www.sante-ara.fr)), sous pilotage de l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Le dossier a pour objectif le recueil, le partage et l'échange d'informations médicales, entre les différents professionnels de santé choisis. Il respecte les principes de protection des données personnelles tels que définis par le Règlement Général sur la protection des données (RGPD) et la loi Informatique et Libertés.

Ce dossier est accessible via internet après une authentification renforcée des professionnelles. Conformément à l'article L. 1110-4 du code de la santé publique, l'ensemble des professionnels amenés à prendre en charge le patient est habilité par la coordination à accéder au dossier, sauf opposition.

Vous pouvez à tout moment ajouter ou supprimer l'habilitation d'un professionnel sur demande à la coordination ou via leur portail patient [masanteconnectee.fr](http://masanteconnectee.fr). Ce portail patient lui permet de consulter des données transmises par les professionnels de santé comme les comptes rendus de consultation.

#### **En signant le consentement, je m'engage et j'accepte que :**

- Les professionnels qui accompagnent mon enfant accèdent à son dossier régional de santé
- J'ai accès au dossier informatique de mon enfant via le portail patients [masanteconnectee.fr](http://masanteconnectee.fr), selon les modalités fournies lors de l'adhésion.
- Je reconnais que les différents professionnels impliqués dans le suivi de mon enfant participent à une équipe de soins telle que définie par l'article L. 1110-12 du code de la santé publique et acceptent dès lors que ces professionnels partagent et échangent les informations nécessaires à la coordination et la prise en charge, dans le respect du secret professionnel partagé.

### **3- INTERDICTION D'ACCES**

Interdire l'accès « bris de glace » sur ce dossier

Si cette case est cochée, les médecins qui vous prennent en charge ne pourront pas accéder simplement au dossier de votre enfant dans des contextes particuliers tels que la prise en charge en urgence.

### **SIGNATURE DES REPRESENTANTS LEGAUX :**

Fait à : ..... Le ...../...../.....

Parent 1 Parent 2

## Charte d'engagement à la Plateforme de Coordination et d'Orientation (PCO) de l'Ain

La plateforme permet l'**intervention précoce et coordonnée de professionnels soignants**, pour les enfants de 0 à 12 ans, présentant des signes de troubles du neurodéveloppement.

Les professionnels qui peuvent être mobilisés dans ce cadre sont les professionnels des établissements partenaires de la plateforme ou des **professionnels libéraux conventionnés avec la CPAM**, tels que médecins, orthophonistes, orthoptistes, kinésithérapeutes, et/ou les **professionnels libéraux non conventionnés avec la CPAM pouvant bénéficier des forfaits précoces**, tels que les psychomotriciens, psychologues et ergothérapeutes.

Ces interventions doivent permettre de **lever le doute**, ou de **progresser dans le diagnostic**, tout en prévenant le sur-handicap.

Dans le cadre de ce parcours de soins, le **médecin de l'enfant** qui fait la demande auprès de la plateforme, reste le référent de l'enfant et de sa famille :

- Il fait un retour des préconisations de soins à l'enfant et sa famille, après validation du dossier par la PCO.
- Il est destinataire des comptes rendus de bilans et de prises en charge de l'enfant.
- Il est le garant du parcours coordonné avec l'appui de l'équipe de la plateforme.
- Il organise, avec l'appui de la plateforme, une synthèse à 6 mois de prises en charge.

Dans le cadre du parcours de soins, la plateforme vous informe que le dossier de votre enfant sera informatisé, pour permettre à ses professionnels soignants d'échanger les informations nécessaires à la coordination des soins.

Aucune information recueillie au sein de la PCO ne pourra être utilisée en dehors des objectifs spécifiques de la plateforme, qu'il s'agisse des données médicales, des données socio-économiques ou de la situation familiale.

Si des soins sont préconisés auprès de **professionnels libéraux non conventionnés avec la CPAM (tels que les psychomotriciens, psychologues et ergothérapeutes)** les parents prennent rendez-vous auprès de professionnels ayant contractualisé avec la plateforme (liste vous ayant été fournie ainsi qu'à votre médecin). Ceux-ci seront directement rémunérés par la plateforme, sans reste à charge pour la famille.

Les parents s'engagent à honorer les rendez-vous fixés avec les professionnels :

- **En cas d'absence à un rendez-vous sans annulation la veille, la séance sera directement facturée aux parents.**
- Dans le cas de **deux rendez-vous non honorés, les forfaits précoces sont suspendus.**

### **Engagement à la charte de fonctionnement de la Plateforme de Coordination et d'Orientation**

Je soussigné(e) .....,  
Représentant légal de l'enfant .....,  
certifie avoir pris connaissance de la charte de fonctionnement de la plateforme de coordination et d'orientation de l'Ain et m'engage à la respecter.  
Je joins à ce courrier l'attestation de droits de mon enfant (sécurité sociale).

« Lu et approuvé »      Signature parent 1 et parent 2 :