



TOULAR  
C'HOAT

*Grandir, s'épanouir, rebondir*

DOSSIER MÉDICAL

# PRÉAMBULE

Madame, Monsieur

Dans ce dossier médical, nous vous remercions de compléter les items selon vos observations et vos ressentis. Cela pourra être complété par des courriers ou bilan de professionnels.

Les renseignements ainsi recueillis nous permettent d'évaluer l'impact de l'épilepsie dans les difficultés de développement. Chaque situation est étudiée par les médecins et en équipe lors de la commission d'admission afin d'évaluer les perspectives d'un accueil dans l'ITEP, les besoins de suivi spécialisé et d'établir une éventuelle proposition de projet thérapeutique.

Lorsque la commission d'admission évalue qu'un jeune pourrait tirer profit de l'accompagnement au sein de l'ITEP, il est prévu que le dossier médical soit ensuite complété lors des entretiens programmés à la visite de pré-admission et à l'admission.

Je me tiens à votre disposition pour tout renseignement.

Je vous prie de croire, Madame, Monsieur, à l'expression de mes sentiments respectueux.

**Dr de Grissac-Moriez**

Neurologue Médecin coordonnateur  
nathalie.degrissacmoriez@toul-ar-hoat.com

# VOLET MÉDICAL CONFIDENTIEL

Informations strictement communiquées au médecin coordonnateur des soins

NOM du médecin qui suit votre enfant : .....

NOM du médecin référent (pédiatre, neuropédiatre, psychiatre) : .....

## ■ Premières manifestations de l'épilepsie

Date : .....

Circonstances : .....

.....

.....

Le type d'épilepsie vous a-t-il été communiqué ? .....

## ■ Histoire de la maladie

Historique des traitements suivis par votre enfant

Médicaments	Dosage	Âge	Évolution de l'épilepsie

Traitement actuel : .....

.....

.....

Protocole médical en cas de crise : .....

.....

.....

Votre enfant connaît-il son traitement ? .....

.....

Est-il autonome dans sa prise de médicament(s) ? .....

.....

Hospitalisations (lieux et dates, examens pratiqués)

Joindre les comptes rendus si besoin

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

■ **Antécédents**

Antécédents précoces : .....

.....

Déroulement de la grossesse : .....

.....

.....

.....

Accouchement : .....

Poids à la naissance : .....

Antécédents médicaux : .....

.....

Antécédents chirurgicaux : .....

.....

Allergie(s) connue(s) : .....

.....

Antécédents familiaux : .....

.....

Y a-t-il des cas d'épilepsie dans la famille ? .....

.....

## ■ Développement psychomoteur

Marche acquise à : .....

Âge des premiers mots : ..... Âge des premières phrases : .....

Propreté diurne acquise à : ..... Propreté nocturne acquise à : .....

Latéralité:  Droitier  Gaucher

Troubles du sommeil  Oui  Non

Troubles de l'alimentation  Oui  Non

## ■ État général médical

Poids : ..... Taille : .....

L'enfant est-il atteint d'une autre maladie ou d'un autre handicap que l'épilepsie? .....

.....

.....

# TROUBLES ASSOCIÉS REPÉRÉS

---

Troubles du langage, troubles cognitifs, troubles moteurs, troubles du comportement

## ■ Troubles du langage

Votre enfant était-il pris en charge en orthophonie avant l'apparition de la maladie ?

Oui     Non

Si oui, pourquoi?.....  
.....

Période(s) :.....  
.....

Par qui?.....

Votre enfant a-t-il été pris en charge en orthophonie à l'apparition de la maladie et depuis ?

Oui     Non

Si oui, pourquoi?.....  
.....

Période(s) :.....  
.....

Par qui?.....

Les difficultés éprouvées par votre enfant sont-elles repérées :

À l'écrit     À l'oral     Les deux

Vous a-t-on donné un diagnostic?     Oui     Non

Si oui, lequel?.....

## ■ Troubles cognitifs

Avant l'apparition des crises, votre enfant éprouvait-il des difficultés d'apprentissage ?

Oui     Non

Si oui, comment s'exprimaient-elles ?

Lenteur, attention, mémorisation, concentration, organisation...

.....

.....

.....

.....

Depuis l'apparition des crises, votre enfant éprouve-t-il des difficultés d'apprentissage ?

Oui     Non

Si oui, comment s'expriment-elles ?

Lenteur, attention, mémorisation, concentration, organisation...

.....

.....

.....

.....

## ■ Bilan neuropsychologique

Un ou des bilans ont-ils déjà été effectués ?

Oui

Non

Je ne sais pas

Organisme

Nom et adresse

.....

.....

.....

Date : .....

Test(s) utilisé(s) :

Tests de personnalité, projectifs, tests de niveau, de mémoire, d'attention...

.....

.....

.....

Résultats : .....

.....

.....

## ■ Troubles moteurs

Avant l'apparition des crises, votre enfant éprouvait-il des difficultés motrices?  Oui  Non

Si oui, comment s'exprimaient-elles?

Déficit moteur, retard moteur, hémiparésie, maladresse, trouble de l'équilibre, difficultés à écrire...

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Depuis l'apparition des crises, votre enfant éprouve-t-il des difficultés motrices?  Oui  Non

Si oui, comment s'expriment-elles?

Déficit moteur, retard moteur, hémiparésie, maladresse, trouble de l'équilibre, difficultés à écrire...

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Votre enfant a-t-il été suivi:

■ en psychomotricité:  Oui  Non

Si oui, par qui? .....

Période(s).....

■ en ergothérapie:  Oui  Non

Si oui, par qui? .....

Période(s).....

■ en kinésithérapie:  Oui  Non

Si oui, par qui? .....

Période(s).....



## ■ Troubles du comportement

Pouvez-vous décrire le comportement de votre enfant au sein de la famille? .....

.....

.....

.....

.....

Le comportement de votre enfant vous interpelle-t-il?

Repli sur soi, agressivité, manies, craintes, phobies...

.....

.....

.....

.....

Y a-t-il, selon vous, un impact de l'épilepsie sur le comportement de votre enfant? .....

.....

.....

.....

.....

Bénéficiez-vous d'un suivi social, d'aides éducatives, d'une mesure de protection?  Oui  Non

Si oui, préciser : .....

Avez-vous été alertés par l'attitude et/ou le comportement de votre enfant à l'école, au collège? .....

.....

.....

.....

.....

Quelle est la perception des enseignants sur l'attitude et le comportement de votre enfant? .....

.....

.....

.....

.....

Votre enfant bénéficie-t-il d'un soutien psychologique ou thérapeutique?  Oui  Non

Si oui, par qui? .....

Période(s) .....

## Ce dossier a été rempli par :

### ■ Fiche **Volet médical confidentiel**

Mme M.....en qualité de.....

Date : ..... Signature :

### ■ Fiche **Troubles associés repérés**

Mme M.....en qualité de.....

Date : ..... Signature :

Nous vous remercions bien sincèrement pour tous ces éléments.

Pour l'équipe de l'ITEP,  
**Christine CLOAREC**



# TOUL AR C'HOAT

398 Route de toul ar c'hoat ■ 29150 Châteaulin

T. 02 98 86 02 02

[contact@toul-ar-hoat.com](mailto:contact@toul-ar-hoat.com)

[www.toul-ar-hoat.com](http://www.toul-ar-hoat.com)



TOULAR  
C'HOAT

*Grandir, s'épanouir, rebondir.*