

# PRESCRIPTION EN ERGOTHERAPIE - PEDIATRIE

|                           |  |   |                       |   |
|---------------------------|--|---|-----------------------|---|
| <b>Données du patient</b> |  | <i>A compléter ou coller une vignette</i> | <b>Ergothérapeute</b> | <i>A compléter par le professionnel</i> |
| Nom, prénom               |  | Nom, prénom                               |                       |   |
| Date de naissance         |  | Adresse                                   |                       |   |
| Adresse                   |  | Email                                     |                       |   |
| CP/Ville                  |  | Téléphone                                 |                       |   |
| Mutuelle, N°              |  | N° INAMI                                  |                       |   |

## MOTIF DE PRISE EN CHARGE - DIAGNOSTIC

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Autism   | <input type="checkbox"/> Difficultés dans les activités quotidiennes |
| <input type="checkbox"/> Trouble de l'attention avec/sans hyperactivité | <input type="checkbox"/> Difficultés scolaires                       |
| <input type="checkbox"/> Trouble du comportement                        | <input type="checkbox"/> Prématurité : naissance à ..... Semaines    |
| <input type="checkbox"/> Trouble de la communication                    | <input type="checkbox"/> Autre : .....                               |
| <input type="checkbox"/> Trouble du neurodéveloppement/apprentissage    |  |
| <input type="checkbox"/> Trouble de l'oralité/l'alimentation            |  |
| <input type="checkbox"/> Trouble sensoriel et/ou moteur                 |  |

## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

|  |
|--|
|  |
|--|

## PRESTATION(S) DEMANDEE(S)

Rappel pathologie(s) : .....

Bilan initial

Séance(s) ergothérapeutique(s)

Nombre de séance(s) souhaité(es) : .....

À raison de ..... À ..... Séance(s) par semaine/15 jours/mois (entourer la mention utile)

Demande spécifique : .....

Bilan final

Médecin prescripteur (Généraliste ou spécialiste)

Date : ...../...../.....

Cachet/Signature