

## PRESCRIPTION EN ERGOTHERAPIE - PEDIATRIE

| Données du patient |  | <i>A compléter ou coller une vignette</i> |
|--------------------|--|---|
| Nom, prénom        |  |   |
| Date de naissance  |  |   |
| Adresse            |  |   |
| CP/Ville           |  |   |
| Mutuelle, N°       |  |   |

| Ergothérapeute |  | <i>A compléter par le professionnel</i> |
|----------------|--|---|
| Nom, prénom    |  |   |
| Adresse        |  |   |
| Email          |  |   |
| Téléphone      |  |   |
| N° INAMI       |  |   |

### MOTIF DE PRISE EN CHARGE - DIAGNOSTIC

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

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

| Médecin prescripteur (Généraliste ou spécialiste) |
|---|
| <i>Cachet/Signature</i>                           |
|   |