

**Fiche de renseignements en vue d'un bilan-conseil**

**(à renseigner par l'équipe demandant le bilan)**

**Date de la demande :**

**Equipe demandant le Bilan Conseil :**

**Nom de la structure**

**Adresse**

**Téléphone**

**Mail**

**Professionnel à contacter par le CAMSP-DV pour l'organisation des dates de consultation ophtalmologique/bilans complémentaires (nom, fonction, coordonnées et disponibilités pour contacts téléphoniques) :**

**Nom, Prénom de l'enfant :**

**Nom(s) des parents / représentant légal :**

**Date de naissance de l'enfant :**

**Pathologies et/ou troubles associés :**

**Suivis actuels de l'enfant au sein de la structure demandant le Bilan-Conseil :**

**Suivis actuels à l'extérieur (libéraux ou autres) :**

**Interrogations de l'équipe demandant le Bilan-Conseil et des parents**

Merci de développer ci-dessous vos observations et les questions en lien avec la déficience visuelle de l'enfant.

L'équipe du CAMSP-DV a absolument besoin de ces précisions pour répondre au mieux à vos attentes et à celles des parents.

- 
- **Seul le/les parents assistent à la consultation médicale ophtalmologique. Il est par contre indispensable qu'un des parents et un professionnel de l'équipe demandeuse (effectuant un suivi régulier auprès de l'enfant) participent aux évaluations/bilans complémentaires.**
  
  - **Documents à adresser au médecin ophtalmologiste du CAMSP-DV avec cette fiche :**
    - .Derniers bilans médicaux et paramédicaux
    - .Tout élément que vous jugerez utile à une meilleure connaissance de l'enfant et de la problématique.