

Docteure Judith PADILLA BARBOSA

Chirurgienne-dentiste, Faculté d'Odontologie, Lyon
Praticienne Conventionnée

65 rue du Président Édouard Herriot
69002 Lyon
Tél:04.78.37.86.70

Ce document est **indispensable** pour :

- vous dire si le traitement proprioceptif **peut vous aider (ou à votre enfant)**,
- organiser alors une **prise en charge efficace**.

Prenez le temps de le remplir (***avec votre enfant***)

Merci de joindre une lettre explicative de votre parcours (ou de votre enfant) depuis le début des difficultés.

Faites nous parvenir les deux documents par courriel à : dr.padilla-barbosa@outlook.fr ou par courrier postal.

Appelez-nous un mois après la mise en place des exercices respiratoires au 04.78.37.86.70.
Nous pourrons répondre à vos questions et convenir d'un rendez-vous de consultation.

Date ___ / ___ / 202__

Fiche administrative

NOM : _____ Prénom : _____

Né(e) le : ___ / ___ / _____

Nombre de frère (s) ___ de sœur (s) ___ Place dans la fratrie ___

<p>Adresse familiale (si parents ensemble):</p> <p>Tél mobile maman : _____ Tél mobile papa : _____</p>	<p>Adresses (si parents séparés):</p> <p>Maman :</p> <p>Papa :</p> <p>Rythme de vie chez l'un et l'autre :</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Motif de consultation (Vous pouvez cocher plusieurs cases)

dyslexie dysorthographe dyspraxie dysgraphie dyscalculie trouble attentionnel

Le diagnostic est : suspecté en cours de bilan certain, posé par _____

bruxisme dysperception orale respiration buccale déglutition atypique Autre

Le parcours scolaire (s'il s'agit d'un enfant)

Les difficultés ont été repérées en classe de : _____. Il a doublé la classe de _____.

Il est actuellement scolarisé(e) en classe de : _____ déscolarisé scolarisé en école hors contrat.

Il bénéficie d'une aide à l'école :

Plan d'Accompagnement Personnalisé, qui vous paraît être appliqué jamais parfois au mieux

Aide de Vie Scolaire individuelle ___ heures/semaine mutualisée ___ heures/semaine

L'état psychologique (de votre enfant)

Évaluez sur une échelle de 1 à 10 :

- son degré de souffrance: ___/10,
- son niveau de conflit : avec ses parents: ___/10, avec ses frères et sœurs : ___/10, avec son (ses) enseignant(s): ___/10, ses camarades de classe: ___/10, autre(s) :

- ce qui lui reste du plaisir et de la curiosité d'apprendre des choses nouvelles: __/10

Évaluez l'image qu'il a de lui-même sur une échelle de -10(très dégradée) à + 10 (très optimiste) à : ____

Il y a un domaine qu'il adore : _____ qu'il déteste : _____

Vos informations sur le traitement proprioceptif

Vous avez :

Pris conscience, que le traitement proprioceptif est familial, c'est-à-dire que, *si le trouble proprioceptif est confirmé par l'examen clinique*, votre enfant pourra bénéficier d'un traitement adapté à son cas, mais que vous devrez l'aider journallement avec assiduité et bienveillance?

➤ motivation de la maman pour aider l'enfant dans son traitement sur une échelle de 1 à 10 : __/10,

➤ motivation du papa pour aider l'enfant dans son traitement sur une échelle de 1 à 10 : __/10 ?

Expliqué le traitement à l'enfant :

➤ il est très motivé peu motivé non motivé

➤ si le traitement le nécessite, il est d'accord pour :

la pose d'ALPH (petites résines collées au niveau des dents).

porter des lunettes avec une monture métallique galbée (*voir les photos dans « documents destiné aux opticiens » dans la « section pro » du site www.dyslexie.fr.*),

mettre en permanence des semelles fines dans ses chaussures et ses chaussons à la maison,

pratiquer chaque soir 5 à 10 minutes d'exercices respiratoires pour améliorer sa qualité de sommeil,

utiliser une posture ergonomique, comprenant l'utilisation d'un pupitre (modèles adaptés selon le niveau de classe), lors de la lecture.

Bilans pratiqués : (donner seulement la conclusion en 3 ou 4 lignes)

Orthophonique, neuropsychologique (*Y compris QI si chiffres disponibles*)

Autres

Traitements passés et en cours

Orthodontie appareil enlevé appareil en cours de type écarteur de palais multi-bague gouttière

Ophthalmologie :

pas de suivi particulier amblyopie rééduquée strabisme non opéré strabisme opéré

Porte des lunettes (*joindre une copie de la dernière prescription*)

Rééducation orthoptique en cours passée

Podologie semelles de type proprioceptif/postural semelles orthopédiques

Orthophonie : passée actuel : à raison de __ séances par mois par Mme, Mr _____

Psychologie : passée actuel : à raison de __ séances par mois par Mme, Mr _____

Ergothérapie : passée actuel : à raison de __ séances par mois par Mme, Mr _____

Psychomotricité : passée actuel:à raison de __ séances par mois par Mme, Mr _____

Autre(s) :

Points particuliers qui vous semblent importants :

Devant chacun des symptômes, indiquez le chiffre correspondant à la fréquence: Incrire un score pour chaque question :	
1 = Jamais, 2 = Occasionnellement (1 ou 2 fois/mois), 3 = Parfois (1 à 2 fois/semaine), 4 = Souvent (3 à 5 fois par semaine), 5 = Tous les jours.	
15 Questions auxquelles doivent répondre les PARENTS	SCORE
L'enfant sursaute ou bouge des parties du corps quand il s'endort.	
L'enfant a des scènes agitées de rêve éveillé lors de l'endormissement.	
L'enfant bouge beaucoup les jambes quand il dort ou change souvent de position pendant la nuit ou donne un coup de pied aux couvertures du lit.	
Vous avez observé que votre enfant est somnambule	
Votre enfant a des cauchemars (terreurs) dont il ne se souvient pas le lendemain matin	
Il a de grosses difficultés à se réveiller le matin	
L'enfant se sent incapable de se déplacer, se sent très fatigué, en se réveillant le matin	
L'enfant est somnolent dans la journée (s'endort facilement en voiture, calme, ...)	
L'enfant salive beaucoup la nuit ou il existe des traces de bave sur l'oreiller le matin	
L'enfant se plaint d'avoir mal à la tête le matin	
L'enfant respire la bouche ouverte en dormant	
L'enfant fait encore pipi ou se lève souvent la nuit pour aller aux toilettes	
L'enfant a du mal à se souvenir des leçons apprises la veille au soir (alors qu'il les savait le soir)	
L'enfant a tendance à être un peu endormi par moment à l'école	
L'enfant a une position anormale de la tête en dormant (tête basculée en arrière et en extension)	
19 Questions auxquelles doit répondre L'ENFANT	
Dimension musculaire	
Te sens-tu fatigué même si tu n'as pas fait d'effort physique ou intellectuel ?	
C'est difficile pour toi de rester sans rien faire ?	
Tu as mal à la tête le soir en sortant de l'école ?	
Tu as des douleurs qui se répètent dans le bas ou le haut du dos ?	
Cela t'arrive d'avoir mal aux jambes ?	
C'est difficile pour toi de fixer un texte (ou une personne) de près ?	
Il t'arrive de voir double de près à la fatigue, après avoir lu un texte ?	
Tu es vite essoufflé quand tu fais un effort (par exemple dès que tu cours) ?	
Tu vois flou de près, après avoir lu quelques lignes (avec tes lunettes, si tu en as) ?	
Dimension spatiale	
C'est difficile pour toi de marcher sur quelque chose d'étroit (une poutre par exemple) ?	
C'est difficile pour toi d'attraper un objet du premier coup- une balle par exemple ?	
Tu tombes facilement, tu te tords facilement les chevilles ?	
Tu te mords facilement la langue ou les joues en mangeant	
Tu te cognes dans des obstacles simples (chambranles de porte par exemple, ...) comme si tu ne percevais pas bien l'espace autour de toi?	
Dimension perceptive	
Tu as l'impression de lire sans comprendre ce que tu lis ?	
Tu as du mal à te concentrer longtemps ?	
Quand on te parle, tu as l'impression de ne pas bien comprendre ce que tu entends?	
Quand tu lis, tu as l'impression ne pas bien voir : tu sautes des mots, tu rates des retours à la ligne, ..?	
C'est difficile pour toi d'exprimer une idée en parlant et tu as du mal à bien construire tes phrases?	
SCORE TOTAL – Incrire la SOMME des scores des 34 questions	

Questions complémentaires pour les PARENTS	
Donnez un score de 1 à 5.	
L'enfant grince des dents pendant le sommeil	
Il se réveille pendant la nuit en sueurs	
Vous l'entendez ronfler bruyamment	
Douleurs au niveau des talons lors de la marche (maladie de Sever)	
Douleurs abdominales inexplicables	
Mains froides et moites et/ou a toujours froid aux pieds	
Position anormale de la tête pour lire	
Envie de vomir en voiture (ce que l'on appelle, le mal des transports)	

Retard pour apprendre à faire du vélo.	
Se plaint d'une grande difficulté pour se concentrer dans le bruit	
Mettre une croix si le signe est présent.	
Votre enfant porte (ou a porté) un appareil d'orthodontie (appareil fixe, gouttière, ...)	
On vous a dit qu'il avait une déglutition anormale	
Est-ce qu'un bilan de troubles attentionnel a été réalisé chez votre enfant?	
A-t-il eu le diagnostic de troubles attentionnels avec ou sans hyperactivité?	
A-t-il pris, à un moment de sa vie, des médicaments pour améliorer son attention (Ritaline, Quasym, Medikinet, Concerta)?	

Note : ce questionnaire ne permet pas de porter un diagnostic. Il a été établi à partir de la comparaison des signes de dysfonction proprioceptive chez 109 enfants dyslexiques et 134 enfants normo lecteurs. Il est utile pour le thérapeute. D'autres signes de dysfonction proprioceptive peuvent exister.

N'hésitez pas à signaler des signes qui vous paraîtraient anormaux, ou vous inquiètent, et ne figurent pas dans ce questionnaire :