

**COMPTE – RENDU DES EXAMENS PSYCHOLOGIQUES**

|  |  |
| --- | --- |
| Prénoms et NOM de la personne :  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Sexe :  F  M  Né(e) le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_ Age : \_\_\_ | Document rédigé par :  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Qualité :  Courriel :  🕾\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date :  ***Ne pas oublier de renseigner la date*** |
| Établissement (scolaire / médico-social / hôpital de jour) : | |
| situé à (commune) : | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Contexte** | | |
| La personne est-elle en situation de  handicap moteur ?  handicap sensoriel ?  trouble de santé invalidant ?  Autres données contextuelles :  Qui est l’auteur de la demande ?  Dans quel but (objet de la demande) ? | | |
| La personne est rencontrée : | en bilan ponctuel ?  dans le cadre d’un suivi (*préciser :*) | |
| **Psychométrie** | **Date** | **Résultats** |
| WISC V  Autre(s) test(s) |  | Scores : CV : [ / ] VS : [ / ]  RF : [ / ] MT : [ / ]  VT : [ / ] **QIT :** [ / ] |
| **Capacités socio-adaptatives** | **Date** | **Résultats** |
| Vineland 2 |  | Communication : Autonomie vie quotidienne :  Socialisation : Développement moteur :  Global : |
| Difficulté(s) principale(s) :  Autres éléments : | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Type d’altération** (*cocher les cases qui conviennent*) | |
| intellectuelle  cognitive  psychique  autre (*préciser*) | |
| **Origine des troubles** | |
| syndrome génétique  neuro-développementale  acquise (*gravidique/périnatale/accidentelle/etc*.)  autre (*préciser*) | |
| **Troubles** (*cocher les cases qui conviennent*) | |
| attention  langage oral et parole  langage écrit  praxies visuo-spatiales  praxies visuo-constructives  fonctions exécutives  volition  humeur  pensée *(obsession, délire)*  jugement  trouble anxieux  habiletés sociales  communication  autre (*préciser*)  comportement 🡪 S’agit-il de comportements-problèmes ?  oui  non | |
| **Anamnèse**  Difficultés initiales  Moyens mis en œuvre  Evolutions observées |  |
| **Aujourd’hui**  Progrès / Difficultés actuelles rencontrées  Projet et objectifs  (à court et moyen terme)  Besoins identifiés (de compensation) |  |
| **Demain**  Perspectives à plus long terme (parcours envisagé) |  |

**Toute information complémentaire peut être jointe sur papier libre.**

SIGNATURE :

MDPH33 – 1, esplanade Charles-de-Gaulle – CS 51914 – 33074 BORDEAUX CEDEX

Tél. : 05 56 99 66 99 – Courriel : [accueil-autonomie@gironde.fr](mailto:accueil-autonomie@gironde.fr) – www.mdph33.fr