

PLATEFORME D'ÉVALUATION DES TROUBLES DU NEURODEVELOPPEMENT

FICHE DE DEMANDE D'ÉVALUATION

Attention cette fiche doit être remplie par un.e médecin ayant apprécié l'indication d'une consultation spécialisée pour l'évaluation d'un trouble du neurodéveloppement.

Dans la mesure du possible, merci de remplir ce formulaire en version dactylographiée

PARTIE ADMINISTRATIVE

Coordonnées du/de la patient.e :

Nom Prénom

Date de naissance : Téléphone :

Adresse postale :

Adresse e-mail :

Préférence pour être contacté pour la prise de rendez-vous : ☐ par email et/ou ☐ appel téléphonique

Médecin traitant :

Adresse e-mail :

Médecin adresseur et sa structure :

Nom et téléphone de la personne de confiance :

PARTIE USAGER

Quelles sont vos attentes par rapport à cette demande ? :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Afin d'étayer votre demande, merci de joindre tout bilan réalisé (neuropsychologique, psychologique, orthophonique, ergothérapique, orthoptiste)

PARTIE MEDICALE

Votre demande concerne une demande d'évaluation devant une suspicion de : (cocher et remplir les parties pour lesquelles vous suspectez un trouble uniquement) :

- ☐ Trouble du spectre de l'autisme (TSA) sans déficience intellectuelle (pages 4)
- ☐ Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) (page 5)

Merci de joindre à votre demande les auto-questionnaires joints remplis

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Proches ayant une bonne connaissance du développement du patient pendant l'enfance (PRÉSENCE OBLIGATOIRE)

Nom : Prénom :
Téléphone : Mail :
Lien de Parenté :
Commentaire :
.....
.....
.....

Traitements en cours

	OUI	NON
METHYLPHENIDATE		
RITALINE		
CONCERTA		
MEDIKINET		
QUAZYM		

Arrêt d'un de ces traitements ? oui non

Si oui lequel ? :

Démarche diagnostique

TSA en cours de diagnostic : oui non

Si Oui :

Centre Ressource Autisme ☐
Filière TND C2RB ☐
Autres, à préciser ☐
(Psychiatre, Psychologue, Neuropsychologue)
.....

TDA(H) en cours de diagnostic : oui non

Si Oui :

Centre Ressource Autisme ☐
Filière TND C2RB ☐
Autres, à préciser ☐
(Psychiatre, Psychologue, Neuropsychologue)
.....

TSA déjà diagnostiqué : oui non

Si Oui :

Centre Ressource Autisme ☐
Filière TND C2RB ☐
Autres, à préciser ☐
(Psychiatre, Psychologue, Neuropsychologue)
.....

TDA(H) déjà diagnostiqué : oui non

Si Oui :

Centre Ressource Autisme ☐
Filière TND C2RB ☐
Autres, à préciser ☐
(Psychiatre, Psychologue, Neuropsychologue)
.....

Trouble du sommeil

Apnée du sommeil ☐

En Cours : oui non

Passée : oui non

Suspicion : oui non

Narcolepsie ☐

En Cours : oui non

Passée : oui non

Suspicion : oui non

Autre :

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Antécédents de suivi et suivi actuel

DEPUIS L'ENFANCE, existe-t-il : (entourer la réponse)

- Une déficience intellectuelle connue ou suspectée (QIT < 70) : **oui non (Joindre le bilan si existant)**

- Des difficultés dans le parcours scolaire : **oui non**

Si oui, lesquelles : (entourer)

lecture – orthographe – calcul – graphisme – langage oral – langage écrit – socialisation – comportement – émotions

Autre :

- Des troubles dys objectivés par un bilan ? **oui non (Si oui, joindre le bilan)**

Si oui, lesquelles (entourer) : Dysphasie - Dyslexie - Dysorthographe - Dyscalculie - Dyspraxie - Dysgraphie

- Un suivi en orthophonie, ergothérapie ou psychomotricité : **oui non**

Si oui, préciser lequel et la durée du suivi

- Un suivi médical spécialisé (pédopsychiatrique / psychiatrique / neuropédiatrique / génétique...)

Si oui, préciser : Noms du/des médecin(s) / Motif(s) de suivi / Structure (s) concernée (s) / Durée du suivi

.....
.....
.....
.....

- Un suivi psychologique et/ou neuropsychologique : **oui non**

Si oui, préciser lequel et la durée du suivi

- Un parcours dans une structure de soins (exemples SESSAD, CAMPS, CMPP...) **oui non**

Si oui, préciser lequel et la durée du suivi

Soins actuels (médicamenteux et non médicamenteux) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

A compléter devant une suspicion d'un Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) sans déficience intellectuelle

- Existe-t-il : (cocher si oui)

	Dans l'enfance	Actuellement
Des difficultés à établir des liens avec ses pairs		
Anomalie du contact visuel		
Anomalie de la prosodie		
Difficultés communication gestuelle ou non verbale		
Difficultés à bavarder ou converser avec les autres		
Des difficultés la compréhension des codes sociaux		
Des stéréotypies motrices (maniérisme moteur répétitif)		
Des passions et/ou intérêts spécifiques pouvant être envahissants Si oui préciser :		
Un besoin de ritualisation importante Si oui préciser :		

- Existe-t-il des particularités sensorielles (hyper/hypo) dans le domaine : (cocher la ou les cases correspondantes + préciser)

Particularités sensorielles	Dans l'enfance	Actuellement
Auditif Si oui préciser :		
Olfactif Si oui préciser :		
Visuel Si oui préciser :		
Gustatif/alimentaire Si oui préciser :		
Tactile Si oui préciser :		
Vestibulaire Si oui préciser :		
Proprioceptif Si oui préciser :		

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

A compléter devant une suspicion d'un Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H)

Existe-il : (cocher si oui)

		Dans l'enfance	Actuellement
Des difficultés d'attention / une distractibilité			
Des pertes, égarements, oublis d'objets/papiers/affaires			
Une agitation / hyperactivité	Motrice (toujours en mouvement, difficultés à rester assis,...)		
	Verbale (parle trop)		
	Psychique (agitation interne)		
Une impulsivité			
Un impact des troubles sur le fonctionnement	Scolaire / Professionnel		
	Familial		
	Social		
Si oui préciser			

Toute demande incomplète ne sera pas traitée

auto-questionnaires* à transmettre à vos patients et à joindre à la demande :

- TDA(H) (Trouble de l'Attention et/ou l'hyperactivité), dont les échelles sont l'ASRS* et la WURS*.
- TSA (Trouble du Spectre de l'Autisme), dont les échelles sont l'AQ* – EQ* et RAADS*.

Merci de votre compréhension.

Attention : un accord du/de la patient.e est obligatoire avant toute prise en charge :

Patient.e informé.e : oui non

Date :

Nom, structure, mail et signature du médecin réalisant la demande :

Formulaire à envoyer par mail à :

secretariat.tnd-care@chlcdijon.fr

Tél : 03.80.42.54.05



NOM :

Prénom :

Date de naissance :