



Centre D'évaluation et de Diagnostic De l'Autisme Et autres Troubles Neuro-développementaux

Madame, Monsieur,

Le CEDA est un centre d'évaluation spécialisé dans l'évaluation et le diagnostic de troubles neuro-développementaux complexes chez des enfants et ados de 3 à 16 ans ou de très jeunes enfants (moins de 3 ans).

L'adressage au CEDA se fait obligatoirement sur courrier du médecin spécialisé qui n'aurait pas pu lui-même confirmer le diagnostic.

Nous vous remercions de bien vouloir remplir et nous retourner ce document et les documents demandés ci-dessous pour que nous puissions traiter votre demande dans les plus brefs délais.

Si besoin, faites-vous aider par le médecin qui vous adresse au CEDA.

Joignez à ce dossier :

- La lettre d'adressage du médecin spécialisé qui vous oriente au CEDA
- L'échelle de mesure des signes autistiques appelée CARS (ou équivalent ou le médecin peut demander un exemplaire et informations au secrétariat au mail ci-dessous) remplie par le médecin qui vous adresse.
- Les derniers bilans de votre enfant (bilans des 2 dernières années; ex : orthophonique, neuropédiatrique, ORL, psychomotricité, QI, etc.)
- Le questionnaire « IDE » (à télécharger sur notre page internet) rempli SI et seulement SI votre enfant a moins de 6 ans
- Le questionnaire « Milieu de Scolarisation » (à télécharger sur notre page internet) rempli par un professionnel du milieu de scolarisation de votre enfant (enseignant, éducateur, AVS/AESH, etc.).

Pour que votre dossier soit traité dans les plus brefs délais, merci de retourner ce dossier rempli avec TOUS les documents demandés

Par mail à l'adresse suivante :

ceda@ch-le-vinatier.fr

Cadre réservé au CEDA

Dossier reçu le :

LIVRET DE PRESENTATION DE VOTRE ENFANT

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Date et lieu de naissance :

Adresse de résidence de l'enfant :

Adresse email :

Téléphone :

Nom et prénom de l'assuré social :

Numéro d'immatriculation :

Régime d'affiliation :

Quel médecin vous adresse au C.E.D.A. ?

Spécialité :

Coordonnées (adresse, téléphone et mail) :

Quel est le motif d'adressage ? (préciser)

Quelles sont vos préoccupations actuelles ? (santé, scolarité, comportement, etc.)

Qu'attendez-vous de l'intervention de l'équipe du CEDA ?

ELEMENTS FAMILIAUX

Père

Prénom et Nom :

Date de naissance :

Profession :

Adresse si différente de celle de l'enfant :

Mail :

Téléphone :

Mère

Prénom et Nom :

Date de naissance :

Profession :

Adresse si différente de celle de l'enfant :

Mail :

Téléphone :

Situation familiale

Mariage/union libre

séparation/divorce

célibataire

Autorité parentale

père

mère

autre*

* préciser :

Nom – prénom :

Lien de parenté éventuel :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Frères et sœurs

Nom	Prénom	Date de Naissance

Votre enfant prend-il un traitement médicamenteux ? OUI NON

Si oui, le(s)quel(s) ? :

Régime alimentaire particulier (alimentation mixée, allergies, textures) ?

Si oui, le(s)quel(s) ? :

Antécédents médicaux de l'enfant (hospitalisations, problèmes ORL, maladies importantes) :

A quel âge environ, les apprentissages suivants se sont-ils faits :	Âge	Ne le fait pas encore
- S'asseoir seul :		<input type="checkbox"/>
- Marcher seul :		<input type="checkbox"/>
- Premiers mots compréhensibles :		<input type="checkbox"/>
- Commence à faire des phrases :		<input type="checkbox"/>
- Manger sans aide :		<input type="checkbox"/>
- A été propre pour :		
Les urines le jour :		<input type="checkbox"/>
Les urines la nuit :		<input type="checkbox"/>
Les selles le jour :		<input type="checkbox"/>

Les selles la nuit :		<input type="checkbox"/>
----------------------	--	--------------------------

Antécédents familiaux (troubles des apprentissages, troubles psychiatriques, épilepsie, retard de développement, handicaps, etc.) :

OUI NON

Si oui, lesquels et préciser le lien de parenté ? :

Bilans médicaux déjà réalisés :

Type	Date	Médecin
Génétique		
Neuropédiatrique (EEG)		
Radiologique (IRM, scanner)		
Ophtalmologique		
ORL (audiogramme, PEA)		
Bilans biologiques		
Autre		

Avez-vous d'autres éléments à nous communiquer sur la santé de votre enfant ? OUI NON

Si oui précisez

Votre enfant a-t-il une prise en charge en CMP, en Hôpital de Jour, dans un CAMSP, un SESSAD, un IME, un CMPP, un ITEP, etc. ?

OUI NON

Si oui : nom des établissements, adresse et téléphone

Professionnels intervenant dans la prise en charge régulière de votre enfant :

En libéral ou dans une structure

Professionnels	Nom et coordonnées Téléphone et adresse mail INDISPENSABLES	Fréquence du suivi	Date du dernier bilan
Pédiatre			
Neuropédiatre			
Médecin traitant			
Pédopsychiatre			
Psychologue			
Psychomotricien			
Orthophoniste			
Educateur			
Kinésithérapeute			
Ergothérapeute			
Association			
Réseau de Santé			
Autres			

--	--	--	--

Un diagnostic a-t-il déjà été posé pour votre enfant ? Si oui lesquels et par qui ?

Qu'en pensez-vous ?

Mode de garde (crèche, halte garderie, assistante maternelle) :

Scolarisation : est-ce que votre enfant est scolarisé en milieu ordinaire ou en milieu spécialisé ?

Coordonnés de l'établissement :

Si scolarisé, précisez la classe suivie par votre enfant :

Bénéficie-t-il d'une aide spécifique (AVS, RASED, aménagements scolaires, etc.) : ? OUI NON

Si oui, précisez leur nature et le nombre d'heures/semaine :

Orientation par la Maison Départementale des Personnes Handicapées MDPH ? OUI NON

Si oui, à quelle date ?

Allocation d'Education Spéciale (AEEH) ou autre ? OUI NON

Affection Longue Durée (ALD) ? OUI NON

PRESENTATION DE VOTRE ENFANT

Premiers signes d'inquiétude :

A quel âge :

Par qui :

A quelle occasion :

LA COMMUNICATION

L'enfant répond-il à son prénom ? OUI NON

L'enfant parle-t-il ? OUI NON

Son langage oral est-il compréhensible par tous ? OUI NON

L'enfant dit-il plus de 50 mots ? OUI NON

L'enfant communique-t-il fréquemment

avec des phrases (minimum 3 mots) ? OUI NON

Comprend-t-il comme un enfant du même âge ? OUI NON

Comprend-t-il plus de 50 mots ? OUI NON

Pouvez-vous avoir des conversations avec votre enfant ? OUI NON

Si oui, précisez (thèmes abordés, raconte ses journées ?) :

Votre enfant utilise-t-il des gestes ou des expressions du visage pour communiquer ? OUI NON

Si oui, donnez des exemples :

LES RELATIONS SOCIALES

Cherche-t-il le contact :

➤ avec les autres enfants ? OUI NON

➤ avec les adultes ? OUI NON

De quelle manière entre-t-il en contact :

LES JEUX ET LES ACTIVITES

Qu'aime-t-il faire ? A quoi aime-t-il jouer avec vous ou l'autre parent ? Quels sont ses intérêts ?
Comment occupe-t-il son temps ? :

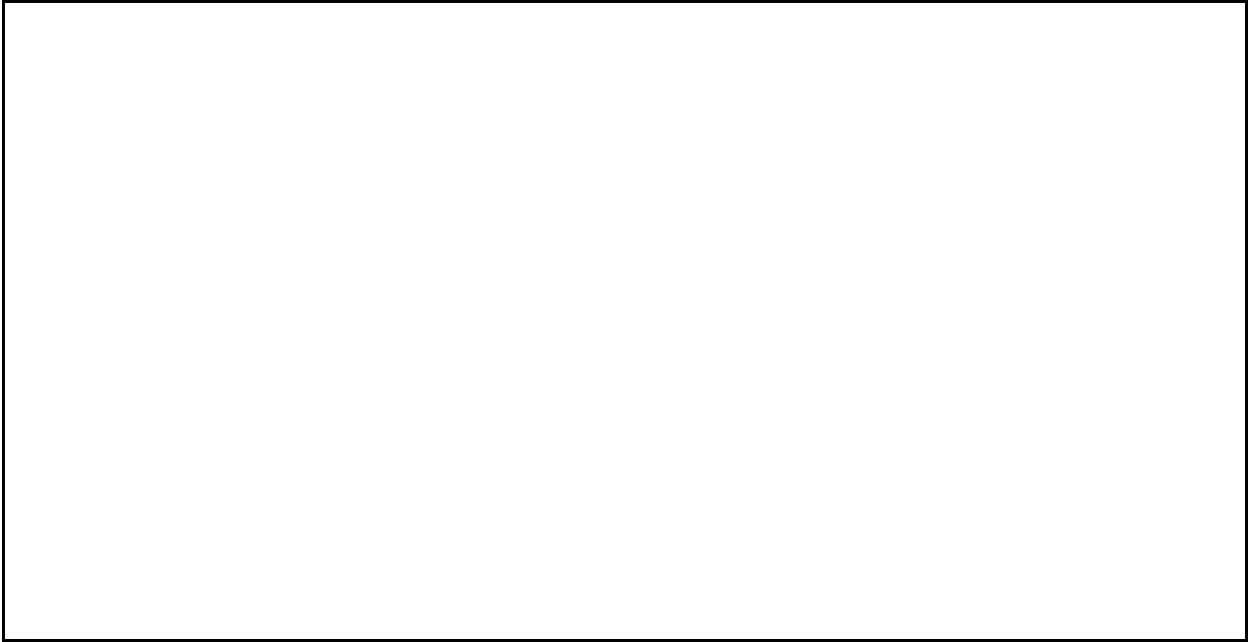
Avez-vous déjà remarqué des comportements répétitifs chez votre enfants ou des comportements que vous n'avez pas observé chez d'autres enfants du même âge ?

LE SOMMEIL

Présente-t-il des difficultés de sommeil ? OUI NON

Si oui, lesquelles (endormissement, réveil nocturne) ?

Y-a-t-il d'autres choses qu'il est nécessaire de savoir, notamment à propos des habitudes de votre enfant ? :

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to provide additional information or answers to the question above.

Si nécessaire, et afin de compléter le dossier, nous avons besoin de votre autorisation pour prendre contact avec les différents professionnels en charge du suivi de votre enfant ; merci de compléter et signer le paragraphe ci-dessous :

Nous soussignés,

Agissant en qualité de père – mère – tuteur de l'enfant

Autorisons l'équipe du C.E.D. A. à entrer en contact avec les professionnels en charge du suivi de notre enfant.

N'autorisons pas l'équipe du C.E.D. A. à entrer en contact avec les professionnels en charge du suivi de notre enfant.

Fait à,

Le

Signatures :

Nous vous informons qu'après réception de ce livret/questionnaire, les informations seront rassemblées dans un dossier médical constitué sur un support informatique. Vous pouvez avoir plus d'information en consultant la rubrique patients et entourage du site internet de l'établissement CH le Vinatier <http://www.ch-le-vinatier.fr>

En vous remerciant pour le temps que vous avez passé à remplir ce document qui nous permettra de mieux connaître votre enfant.

Veillez noter que d'autres documents vous seront peut-être demandés afin de nous aider à traiter à mieux cibler le profil de votre enfant.