



Pôle Trouble du Spectre de l'Autisme

Responsable de Pôle :

Docteur Isabelle PALACIOS

Cadre de Supérieur de Santé :

Madame Mélanie PATUREAU

Cadre de Santé :

Madame Élodie ANDRÉ

D^r Isabelle PALACIOS

Praticien Hospitalier ; Responsable CADiPA Adulte
et Centre Expert TSA-SDI

M^{me} Gwladys MICELI

Psychologue clinicienne

M^{me} Christine ADELBRECHT

M^{me} Marie SCHMITT-LANG

M^{me} Cassiopée WILSON

Neuropsychologues

M^r Thomas COHEN

Attaché de Recherche Clinique

M^{me} Khadra YADEL

Assistante Médicale

Secrétariat

Ligne directe : 04 56 58 88 01

Mail : contact-CETSA@ch-alpes-isere.fr

Adresse : Villa 55, pôle TSA, 3 rue de la
gare, 38120 SAINT EGREVE

DEMANDE D'ÉVALUATION DIAGNOSTIQUE DE TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME

Centre Hospitalier Alpes-
Isère
(CHAI)

Dossier reçu le :

LISTE DES DOCUMENTS A JOINDRE AU DOSSIER :

Tous ces documents sont importants à notre démarche diagnostique

Le dossier sera étudié dès la réception des documents ci-dessous :

- 1) **Livret patient** : à remplir par le patient
- 2) **Livret médical** : à faire remplir par le médecin
- 3) **Auto-questionnaires**
- 4) **Copie des bilans réalisés** (neuropsychologique, orthophonique, psychomoteur...)
- 5) **Pièce d'identité** (Carte Nationale d'Identité ou Passeport)
- 6) **Attestation de droits sécurité sociale**

NB : Merci, dans la mesure du possible, de remplir ce dossier de façon informatisée

ASPECTS DÉVELOPPEMENTAUX

• Grossesse :

Pathologies maternelles pendant la grossesse :

Prise de médicaments, vaccination :

Prise d'alcool ou autre toxiques (quantité) :

Autres :

• Accouchement/ Naissance :

Lieu de naissance :

Quel était le terme de la grossesse ?

utilisation d'instruments (forceps, ventouse)

césarienne (si oui pourquoi)

Y a-t-il eu d'autres difficultés lors de l'accouchement ? Non Oui ==> précisez lesquelles

Quel était votre poids de naissance ?

passage en réanimation néo-natale

• Première année de la vie :

Alimentation :

problématique lors de la diversification alimentaire ? (alimentation sélective, intolérance...)

non oui ==> précisez lesquelles

Rythme sommeil/éveil :

normal

anormal ==>

pleurs inconsolables

insomnies du nourrisson

dormait beaucoup (hypersomnie)

Tonus :

normal hypertonie (se crispe, raideur, ne se laisse pas porter) hypotonie (bouge peu, mollesse, très calme)

Y a-t-il eu d'autres problèmes ? non oui ==> précisez lesquelles

• **Développement**

A quel âge sont apparus les premiers sourires réponses ?

A quel âge la marche a-t-elle été acquise ?

A quel âge la propreté a-t-elle été acquise ? Diurne : Nocturne :

A quel âge sont apparus les premiers mots ? les premières phrases ?

Existait-il des particularités au niveau de l'acquisition du langage ? (répétition de mots en échos, inversion entre le « je » et « tu », absence d'utilisation du pronom « je »..) :

• **Description du développement pendant l'enfance (maternelle – primaire)**

Aviez-vous pu nouer des relations amicales ? Si oui, vous arrivait-il de voir vos amis en dehors de l'école (fêtes d'anniversaire, jeux, ...) ? Décrivez-nous-en quelques lignes vos activités avec vos amis ?

Aviez-vous des routines dans la vie quotidienne ? Etait-il difficile pour vous de changer vos habitudes, routines ?

Aviez-vous besoin que les activités/ sorties soient organisées et/ou planifiées ? Comment gériez-vous les imprévus ?

Quelles étaient vos activités extra-scolaires, vos loisirs, vos centres d'intérêt ?

Aviez-vous des sujets qui vous passionnaient ? si oui lesquels ? Ceux-ci pouvaient-ils prendre beaucoup de temps ? Ces sujets étaient-ils inhabituels pour votre âge ?

Aviez-vous des comportements qualifiés de « particuliers, étranges » ?

Aviez-vous des particularités sensorielles [sur le plan auditif, visuel, gustatif, olfactif, vestibulaire (mouvement de balancement) ou proprioceptif (pression comme une couverture par exemple)] ?

• **Description du développement pendant l'adolescence (collège – lycée)**

Aviez-vous pu nouer des relations amicales/ amoureuses au collège et/ou lycée ? Si oui, vous arrivait-il de voir vos amis en dehors de l'école ? Décrivez-nous-en quelques lignes vos activités avec vos amis ?

Dans les relations aux autres, avez-vous pu faire des faux-pas sociaux (être trop franc, trop direct) ?

Aviez-vous eu des difficultés dans la compréhension de l'implicite, de l'humour, du sarcasme, l'ironie, ... ? Vous a-t-on déjà qualifié de « naïf » ?

Aviez-vous déjà subi du harcèlement scolaire ? des moqueries ?

Quelles étaient vos activités extra-scolaires, vos loisirs, vos centres d'intérêt ?

Aviez-vous des sujets qui vous passionnaient ? si oui lesquels ? Ceux-ci pouvaient-ils prendre beaucoup de temps ? Ces sujets étaient-ils inhabituels pour votre âge ?

Aviez-vous des comportements qualifiés de « particuliers, étranges » ?

Aviez-vous des particularités sensorielles (sur le plan auditif, visuel, gustatif, olfactif, vestibulaire ou proprioceptif) ?

PARCOURS SCOLAIRE, INSTITUTIONNEL et/ou PROFESSIONNEL

Ce tableau a pour objectif de préciser les parcours :

- *Scolaire : précisez les écoles fréquentées et les dates auxquelles elles l'ont été, ainsi que les éventuelles aides pédagogiques (adaptation des cours, etc.), aides humaines (AVS, tutorat, soutien scolaire, etc.) ou des aménagements (temps de composition majoré, dispense, isolement, scripteur, etc.)*
- *Professionnel : les postes occupés et les dates auxquels ils l'ont été, ainsi que les éventuels aménagements nécessaires à l'occupation du poste*

Comment se sont déroulés les apprentissages scolaires ? Avez-vous eu des difficultés ? De quel type (difficulté à rester attentif, difficulté à rester assis, étiez-vous dans la lune) ?

Avez-vous eu des difficultés de motricité fine et/ou globale ? (Par exemple en dessin, bricolage, apprentissage du vélo, faire ses lacets, boutonner les chemises, etc.)

Scolarité :

Dates	École/Collège/lycée/ Post Bac/Autres	Aides particulières	Ville
de <input style="width: 40px;" type="text"/> à <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>
de <input style="width: 40px;" type="text"/> à <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>
de <input style="width: 40px;" type="text"/> à <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>
de <input style="width: 40px;" type="text"/> à <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>
de <input style="width: 40px;" type="text"/> à <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>
de <input style="width: 40px;" type="text"/> à <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>
de <input style="width: 40px;" type="text"/> à <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>

Dernier diplôme obtenu :

Emploi :

Dates	Emploi/structure	Aménagements	Ville
de <input type="text"/> à <input type="text"/>			
de <input type="text"/> à <input type="text"/>			
de <input type="text"/> à <input type="text"/>			
de <input type="text"/> à <input type="text"/>			
de <input type="text"/> à <input type="text"/>			
de <input type="text"/> à <input type="text"/>			
de <input type="text"/> à <input type="text"/>			
de <input type="text"/> à <input type="text"/>			
de <input type="text"/> à <input type="text"/>			
de <input type="text"/> à <input type="text"/>			
de <input type="text"/> à <input type="text"/>			

HISTOIRE MEDICALE

• Antécédents médicaux familiaux

Vos parents ou d'autres membres de votre famille ont-ils des antécédents médicaux particuliers (sur le plan neurologique, génétique, un handicap ou difficultés d'ordre psychologique) ?

non oui ==> précisez lesquels

• Vos antécédents médicaux

Nom du médecin traitant :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Ce tableau a pour objectif de préciser les problèmes particuliers qui ont pu nécessiter un traitement ou une prise en charge médicale (somatique, génétique, neurologique, épilepsie, etc.), chirurgicale, psychologique, une inquiétude à propos d'un handicap ou d'un trouble des apprentissages.

Dates	Lieu d'hospitalisation et/ou de consultation	Nom du médecin	Motifs / difficultés
de <input type="text"/> à <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
de <input type="text"/> à <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
de <input type="text"/> à <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
de <input type="text"/> à <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
de <input type="text"/> à <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
de <input type="text"/> à <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

• Vos antécédents psychiatriques

Avez-vous déjà traversé des épisodes dépressifs (« burn out ») ?

Avez-vous eu des idées suicidaires et/ou fait des tentatives de suicide ?

Avez-vous déjà eu des hallucinations visuelles ou auditives ?

Avez-vous des « TOCs » ? ou des tics moteurs ou vocaux (raclement de gorge...) ?

• **Diagnostic**

Avez-vous déjà reçu un ou des diagnostics ? non oui

Si oui, lesquels, et par quel médecin ?

• **Traitement pharmaceutique**

Bénéficiez-vous de traitement(s) médicamenteux actuellement ? non oui

Si oui, lesquels et à quel dosage ?

FONCTIONNEMENT ACTUEL

- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez au quotidien ? (Par exemple des difficultés au niveau des relations avec les autres, de la communication, de la compréhension du langage, de la gestion du quotidien, ou encore d'un point de vue scolaire et/ou professionnel).

- Comment occupez-vous votre temps libre ? Avez-vous de forts centres d'intérêt ? Ceux-ci occupent-ils beaucoup de place dans votre quotidien ?

- Avez-vous des difficultés particulières par rapport à votre alimentation ?
 non oui, précisez lesquels :

- Avez-vous des difficultés particulières par rapport à la qualité de votre sommeil ?
 non oui, précisez lesquels :

- Avez-vous des particularités sensorielles (sur le plan auditif, visuel, gustatif, olfactif, vestibulaire ou proprioceptif) ?

Avez-vous d'autres éléments à nous transmettre ? :