



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

Nous vous remercions pour votre confiance en sollicitant une évaluation diagnostique au CADiPA.

Nous souhaitons rappeler que tout médecin peut confirmer un diagnostic de Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) sans déficience cognitive. Les Centres Ressources Autisme (CRA) sont principalement destinés aux diagnostics TSA dits « complexes ».

Chaque dossier envoyé au CADiPA Adulte sera analysé par l'équipe et une réponse sera faite dans les meilleurs délais. Seuls les patients qui présentent des éléments de complexité diagnostique seront reçus au CADiPA Adulte pour des bilans complémentaires. S'il y a assez d'éléments en faveur d'un TSA, l'analyse du dossier avec la confirmation diagnostique vous sera restituée à votre médecin via téléexpertise.

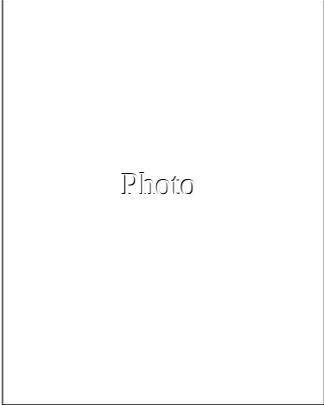
La présence d'un TDA/H est aussi systématiquement dépisté et des préconisations thérapeutiques pourront être proposées.

Nous restons à votre disposition pour vous accompagner tout au long de cette démarche diagnostique.

LIVRET PATIENT

ÉLÉMENTS D'INFORMATION CONCERNANT VOTRE DÉVELOPPEMENT

Ce questionnaire a pour but de rassembler les éléments d'information concernant votre développement dans la petite enfance, le parcours scolaire, professionnel et/ou institutionnel ainsi que l'histoire médicale. Dans la mesure du possible, ce questionnaire doit être rempli de manière précise avec un membre de votre famille qui connaît votre parcours.

Nom :	<input type="text"/>	
Prénom :	<input type="text"/>	
Date de naissance :	<input type="text"/>	
Genre :	<input type="text"/>	
Téléphone :	<input type="text"/>	
Courriel :	<input type="text"/>	
Adresse :	<input type="text"/>	

Quelles sont les raisons qui ont motivés votre démarche :

SITUATION ACTUELLE

Situation personnelle :

Célibataire Marié(e) Pacsé(e)/concubinage séparé(e)/divorcé(e) Veuf(ve)

Enfants :

Nom	Prénom	Date de naissance	Problème de santé, diagnostic éventuel

Lieu de vie : Logement autonome domicile parental autres

Scolarité / niveau d'étude :

Situation professionnelle :

Bénéficiez-vous d'une mesure de protection ? Non Oui ==> précisez laquelle ci-dessous

Bénéficiez-vous d'une décision MDPH ? non oui ==> précisez laquelle et quelles indications ci-dessous

ENVIRONNEMENT FAMILIAL

Situation du père :

Nom :

Date de naissance :

Prénom :

Profession :

Courriel :

Téléphone :

Situation de la mère :

Nom :

Date de naissance :

Prénom :

Profession :

Courriel :

Téléphone :

Vos parents sont-ils prêts à participer à la démarche diagnostique ? oui non

Acceptez-vous que nous contactions vos parents ? oui non Qui :

Fratricie :

Nom	Prénom	Date de naissance	Situation actuelle
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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"/>
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"/>			

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 style="width: 40px;" type="text"/> à <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 280px;" type="text"/>	<input style="width: 120px;" type="text"/>	<input style="width: 560px;" type="text"/>
de <input style="width: 40px;" type="text"/> à <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 280px;" type="text"/>	<input style="width: 120px;" type="text"/>	<input style="width: 560px;" type="text"/>
de <input style="width: 40px;" type="text"/> à <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 280px;" type="text"/>	<input style="width: 120px;" type="text"/>	<input style="width: 560px;" type="text"/>
de <input style="width: 40px;" type="text"/> à <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 280px;" type="text"/>	<input style="width: 120px;" type="text"/>	<input style="width: 560px;" type="text"/>
de <input style="width: 40px;" type="text"/> à <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 280px;" type="text"/>	<input style="width: 120px;" type="text"/>	<input style="width: 560px;" type="text"/>
de <input style="width: 40px;" type="text"/> à <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 280px;" type="text"/>	<input style="width: 120px;" type="text"/>	<input style="width: 560px;" 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 ?

PRISE EN CHARGE ACTUELLE

Ce tableau a pour objectif de préciser les éventuelles prises en charge réalisées par des professionnels du secteur libéral (psychiatre, psychologue, orthophoniste, psychomotricien, etc.) ou sanitaire (hôpital de jour, CMP), ou dans le domaine du médico-sociale (SESSAD, SAVS, etc.).

Périodes	Motifs	Nom du professionnel / type de prise en charge
de <input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/> à <input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/>		
de <input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/> à <input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/>		
de <input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/> à <input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/>		
de <input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/> à <input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/>		
de <input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/> à <input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/>		
de <input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/> à <input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/>		
de <input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/> à <input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/>		

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 ? :