****

**Formulaire** **de demande d’avis au CEDA et au PEA4**

***Diagnostic et intervention personnalisée dans les troubles du spectre autistique et autres troubles neurodéveloppementaux ou psychiatriques complexes chez l’enfant et l’adolescent de 0 à 18 ans***

**Sollicitation pour :**

[ ]  **Avis diagnostique**

[ ]  **Proposition thérapeutique (dont surveillance, ajustement du traitement)**

**MEDECIN (OU PROFESSIONNEL SPECIALISE) DEMANDEUR DE L’AVIS**

**NOM :**

**Prénom :**

**Fonction :**

**Lieu d’exercice :**

**E-mail :**

**Coordonnées téléphoniques pour être joint facilement:**

**IDENTITE DU PATIENT**

**NOM :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**Sexe :** [ ]  **Masculin** [ ]  **Féminin**

**Médecin traitant / pédiatre :**

**RESUME DE LA SITUATION CLINIQUE (ANTECEDENTS NOTABLES ET SITUATION ACTUELLE)
EN 10-15 GRANDS POINTS**

*
*
*
*
*
*
*
*
*
*
*
*
*
*
*

**DIAGNOSTIC(S) DEJA ETABLIS OU EVOQUES**

**Diagnostic(s) étiologique(s) déjà évoqués/posés :**

**Diagnostic(s) psychiatrique(s) déjà évoqués/posés :**

**Autres troubles et diagnostiques déjà évoqués/posés :**

**Evaluations déjà réalisés/ demandés dans l’année qui s’est écoulée par vous ou votre équipe et brèves conclusions ou hypothèses (2-3 mots)**

*
*
*

**QUESTION(S) POSEE(S)**

*
*
*