**CENTRE D’EVALUATION ET DE DIAGNOSTIC COMPLEXE DE L’AUTISME ET AUTRES TROUBLES NEURODEVELOPPEMENTAUX**

**ET/OU PSYCHIATRIE DE L’ENFANT ET DE L’ADOLESCENT**

**niveau 3 et 4**

**CEDA – PEA4**

**CH Le Vinatier**

***Bâtiment 504 – 2ème étage***

**95 boulevard Pinel**

**69677 BRON**

**🕿 : 04 37 91 52 56**

**Médecin coordinateur : Dr GEOFFRAY**

Veuillez remplir ce questionnaire afin que nous traitions au mieux votre demande de diagnostic pour votre enfant. Si besoin, faites-vous aider par le médecin qui vous adresse au CEDA. Joignez à ce dossier :

[ ]  **Formulaire de demande d’avis au CEDA - PEA4** (à télécharger sur notre page internet) **remplis par le professionnel** qui vous oriente.

[ ]  Les **derniers bilans** de votre enfant (bilans de **moins de deux ans** ; ex : orthophonique, neuropédiatrique, ORL, psychomotricité, QI, etc.)

[ ]  Le **questionnaire pour milieu de garde ou de socialisation** (à télécharger sur notre page internet) rempli par un professionnel du milieu de scolarisation ou de garde de votre enfant (enseignant, éducateur, AVS/AESH, etc.).

[ ]  Le **questionnaire « IDE »** (à télécharger sur notre page internet) rempli *si votre enfant a* ***moins de 6 ans***

**Merci d’envoyer ce dossier par mail à l’adresse suivante :** **ceda@ch-le-vinatier.fr**

**QUESTIONNAIRE FAMILLE**

Questionnaire rempli par :

Le père [ ]  La mère [ ]  Le médecin [ ]  Autres (précisez) [ ]

**ENFANT**

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :       Nationalité :

Sexe : Féminin [ ]  Masculin [ ]  Autre [ ]

Adresse actuelle de l’enfant :

 *A remplir par le CEDA*

Date de réception du dossier : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**ORIENTATION AU CEDA - PEA4 ET ATTENTES**

**Quel médecin vous adresse ?**

**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 - PEA4 ?**

**COORDONNEES ET INFORMATIONS ADMINISTRATIVES**

**Mère**

Prénom et Nom :

Date de naissance :       Profession :

Adresse si différente de celle de l’enfant :

Mail :       Téléphone :

**Père**

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**

En cas de séparation des parents, merci de joindre une copie du dernier jugement attestant des modalités d’exercice de l’autorité parentale (Ordonnance du Juge Aux Affaires Familiales dit JAF).

père  [ ]  mère  [ ]  autre\* [ ]

**\*** préciser :

Prénom et Nom :

Lien de parenté éventuel :

Adresse :

Téléphone :       Mail :

**CONCERNANT LA SANTE DE VOTRE ENFANT ET DE LA FAMILLE**

**Concernant la naissance de votre enfant**

Votre enfant est-il né à terme ? OUI [ ]  NON [ ]
Préciser le terme de l’accouchement :

Taille de naissance :       Poids de naissance :

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

**Qu’en pensez-vous ?**

**Votre enfant prend-il un traitement médicamenteux ?** OUI [ ]  NON [ ]
Si oui, préciser quel médicament, la fréquence du traitement et l’indication:

**Historique des traitements et cause de l’arrêt** (effet secondaire ? manque d’efficacité ? Etc.)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Traitement** | **Posologie et indication** | **Date de début** | **Date de fin et motif** | **Médecin prescripteur** |
|  |  |  |  |  |

**Régime alimentaire particulier (alimentation mixée, allergies, textures) ?**Si oui, le(s)quel(s) :

**Antécédents médicaux de votre enfant (hospitalisations, problèmes ORL, maladies importantes) :**

**Concernant l’audition et la vue de votre enfant :**

Y a-t-il déjà eu diagnostic ou suspicion d’un problème d’audition chez votre enfant ? OUI [ ]  NON [ ]

Y a-t-il déjà eu suspicion ou diagnostic d’un problème de vision chez votre enfant ? OUI [ ]  NON [ ]

Si votre enfant a été évalué sur le plan de l’audition ou de la vision, préciser les résultats et/ou interventions :

**Dans votre famille, y a-t-il à votre connaissance des problèmes de santé psychique ou de développement ?**OUI [ ]  NON [ ]
(Exemples : problème de langage, audition, vue, difficultés d’apprentissage, handicap intellectuel, épilepsie, maladie génétique, problème psychiatrique ou psychologique, problème de santé psychique, maladie chronique, etc.).

Si oui, lesquels et préciser le lien de parenté ?

**LE QUOTIDIEN DE VOTRE ENFANT**

**Langue(s) parlée(s) à la maison** :

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

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

**Si votre enfant est scolarisé**Classe :
Nombre d’heures par semaine :
Redoublement ou saut de classe ? Préciser :
Votre enfant a-t-il des aménagements scolaires (AESH, RASED, PPS, PPRE, etc.) ? : OUI [ ]  NON [ ]
Si oui, préciser leur nature et le nombre d’heures/semaine:

**Coordonnées de l’établissement de scolarisation :**

**Orientation par la Maison Départementale des Personnes Handicapées MDPH ?** OUI [ ]  NON [ ]
Si oui, à quelle date ?       Notification MDPH (copie à transmettre):

**Allocation d’Education Spéciale (AEEH) ou autre ?** OUI [ ]  NON [ ]

**Affection Longue Durée (ALD) ?** OUI [ ]  NON [ ]

**LE DEVELOPPEMENT DE VOTRE ENFANT**

**Premiers développements**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **A quel âge environ les apprentissages suivants se sont-ils faits :** | **Âge** | **Ne le fait pas encore** |
| - S’asseoir seul : |  |[ ]
| - Marcher seul : |  |[ ]
| - Premiers mots compréhensibles : |  |[ ]
| - Commence à faire des phrases : |  |[ ]
| - Manger sans aide : |  |[ ]
| * A été propre pour :

 Les urines le jour : Les urines la nuit : Les selles le jour : Les selles la nuit : |  | [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  |

**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 JEUX ET LES ACTIVITES**

Qu’aime-t-il faire ? Quels sont ses intérêts ? Comment occupe-t-il son temps ?

Passe-t-il beaucoup de temps devant les écrans ? Combien de temps par jour d’après vous ? Quels types d’activités réalise-t-il ? (dessins animés/films, YouTube, Jeux vidéo en solo ou en réseau, etc.)

**Motricité**

Votre enfant a-t-il des particularités motrices ? (maladresse, difficultés à s’habiller, manque d’équilibre, course, démarche, etc.) :

**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 :

Comment réagit-il à l’approche des autres enfants ?

Votre enfant a-t-il des amis/copains ? OUI [ ]  NON [ ]
si besoin précisez:

Les voit-il en dehors de l’école ou d’activités encadrées par des adultes ? OUI [ ]  NON [ ]
Préciser si besoin :

Votre enfant semble-t-il intéressé par les autres enfants ? OUI [ ]  NON [ ]
Préciser si besoin :

Présente-t-il un comportement approprié lorsqu’il est en groupe ? OUI [ ]  NON [ ]
Si non, préciser :

**COMPORTEMENT**

Votre enfant a-t-il des troubles du comportement à la maison ou à l’école ? OUI [ ]  NON [ ]
Préciser si besoin :

Votre enfant est-il anxieux à l’école ou à la maison ? OUI [ ]  NON [ ]
Préciser si besoin :

**Estimez-vous que votre enfant a vécu un ou plusieurs évènements traumatisants ?**OUI [ ]  NON [ ]
Précisez le(s)quel(s) si vous le souhaitez :

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Votre avis sur le comportement de votre enfant** |
| **Pas du tout** | **Un petit peu** | **Beaucoup** | **Enormément** |
| Agité ou très actif  | [ ]   | [ ]   | [ ]   | [ ]   |
| Nerveux, impulsif | [ ]   | [ ]   | [ ]   | [ ]   |
| Ne finit pas ce qu’il commence | [ ]   | [ ]   | [ ]   | [ ]   |
| Toujours remuant | [ ]   | [ ]   | [ ]   | [ ]   |
| Perturbe les autres enfants | [ ]   | [ ]   | [ ]   | [ ]   |
| Inattentif, facilement distrait | [ ]   | [ ]   | [ ]   | [ ]   |
| Ses demandes doivent être immédiatement satisfaites, facilement frustré | [ ]   | [ ]   | [ ]   | [ ]   |
| Pleure souvent et facilement | [ ]   | [ ]   | [ ]   | [ ]   |
| Changement d’humeur rapide et marqué | [ ]   | [ ]   | [ ]   | [ ]   |
| Accès de colère, comportement explosif et imprévisible | [ ]   | [ ]   | [ ]   | [ ]   |

**L’AUTONOMIE DE VOTRE ENFANT**

**LE SOMMEIL**Votre enfant présente-t-il des difficultés de sommeil ? OUI [ ]  NON [ ]
Si oui, lesquelles (endormissement, réveil nocturne) ? Précisez les heures de coucher et de lever :

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

**LES SUIVIS DE VOTRE ENFANT**

**Quels sont les 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** |  |  |  |

**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, préciser le **nom des établissements, l’adresse et le téléphone** :

**EVALUATIONS DEJA REALISEES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Type** | **Date** | **Nom du professionnel de santé** |
| **Génétique** |  |  |
| **Neuropédiatrique (EEG)** |  |  |
| **Radiologique (IRM, scanner)** |  |  |
| **Ophtalmologique/Orthoptique** |  |  |
| **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 :

**INFORMATIONS ET AUTORISATIONS**

Nous vous informons que dans le cadre de son activité, le CEDA sera amené à recueillir et traiter les données du présent questionnaire, et à les compiler dans un dossier médical, y compris informatisé (voir la note d’information jointe au livret).

Je soussigné(e)
agissant en qualité de [ ]  Père [ ]  Mère [ ]  Représentant légal/Tuteur/Représentant de l’autorité

[ ]  autorise l’équipe du CEDA - PEA4 à contacter les professionnels qui suivent mon enfant pour obtenir plus d’informations sur son profil

[ ]  autorise l’équipe du CEDA – PEA4 à organiser une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) à visée de fournir un avis médical qui me sera ensuite restitué par le professionnel adresseur

Fait à       , le       , Signature :

Je soussigné(e)
agissant en qualité de [ ]  Père [ ]  Mère [ ]  Représentant légal/Tuteur/Représentant de l’autorité

[ ]  autorise l’équipe du CEDA - PEA4 à contacter les professionnels qui suivent mon enfant pour obtenir plus d’informations sur son profil

[ ]  autorise l’équipe du CEDA - PEA4 à organiser une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) à visée de fournir un avis médical qui me sera ensuite restitué par le professionnel adresseur

Fait à       , le       , Signature :

Dans le cadre du parcours au CEDA, merci de nous préciser si vous souhaitez recevoir vos courriers: [ ]  par voie postale [ ]  par mail

Adresse email préférée pour l’échange de documents à propos de votre enfant :

**Merci de bien vouloir compléter ce questionnaire**

**Informations administratives**

Nom et prénom de l’assuré social :

Numéro d’immatriculation :

Régime d’affiliation :

Mutuelle : Oui [ ]  Non [ ]

Nom et numéro d’adhérent :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Domicile du patient :**[ ]  Stable[ ]  Précaire[ ]  Hôpital[ ]  Sans abri[ ]  Sans information | **Situation professionnelle** : Pour un enfant cocher « San objet »[ ]  Activité en milieu ordinaire[ ]  Activité en milieu protégé[ ]  Demandeur d’emploi : 12 mois et plus[ ]  Demandeur d’emploi : moins de 12 mois[ ]  Sans activité professionnelle[ ]  Sans objet[ ]  Sans information | **Responsabilité légale du majeur :**[ ]  Capable majeur[ ]  Majeur protégé[ ]  Sans information |
| **Mode de vie :**[ ]  Chez ses deux parents[ ]  Chez un seul parent[ ]  Seul[ ]  Seul avec enfant(s)[ ]  En famille ou chez des proches[ ]  En famille d’accueil[ ]  En institution[ ]  Sans information | **Prestation liée à un handicap** :[ ]  Oui[ ]  Non[ ]  Sans information | **Nature de la protection** **du majeur**:[ ]  Sauvegarde de justice[ ]  Curatelle[ ]  Tutelle[ ]  Sans information |
| **Minimum social :**[ ]  Oui[ ]  Non[ ]  Sans information |
| **Situation scolaire** : Pour un adulte cocher « Sans objet »[ ]  Scolarité ordinaire[ ]  Scolarité en classe spécialisée[ ]  Scolarité en établissement médico-social[ ]  Scolarité en établissement sanitaire[ ]  Non scolarisé[ ]  Sans objet[ ]  Sans information | **CMU complémentaire** :[ ]  Oui[ ]  Non[ ]  Sans information |
| **Responsabilité légale du mineur :**[ ]  Mineur [ ]  Mineur émancipé[ ]  Mineur protégé | **Nature de la protection du mineur** :[ ]  Mesure administrative ambulatoire[ ]  Mesure judiciaire ambulatoire[ ]  Mesure administrative avec placement[ ]  Mesure judiciaire avec placement |

**Mesures de Protection de l’Enfance**

Mesure Administrative : AEA / AED – Aide Educative Administrative / Domicile

 Placement administratif – APP

Mesure judiciaire : AEMO – Action Educative en Milieu Ouvert

 MJIE – Mesure Judiciaire d’Investigation Educative

 Placement judicaire – OPP

Coordonnées du professionnel référent de la mesure : ………………………………………………………………

Service : ……………………………………………………………………………….…………………………………………………………….

 Téléphone : …………………………………………………………………………………………………………………………………..

Placement

Nom de la structure d’accueil : ……………………………………………………………………………………………………….

Adresse de la structure : ………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Téléphone : ………………………………………………………………………………………………………………………………..

En cas de mise en place d’une mesure judicaire, merci de joindre une copie du dernier jugement attestant des modalités de celle-ci (Ordonnance du Juge des Enfants dit JE).

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

***Veuillez noter que d’autres documents vous seront peut-être demandés afin de nous aider à mieux cibler le profil de votre enfant.***