**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**](mailto: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.***