

Formulaire de diagnostic précoce de l'autisme

(À compléter et à nous retourner, accompagné des pièces précisées dans la liste* des documents à fournir)

ENFANT

Nom de l'enfant : Prénom : Sexe : M F

Date de naissance : Age :

Frères/Sœurs : Age :

Adresse(s) des Parents ou tuteurs

Parent 1

Adresse
Code Postal
Ville

Tel :
E-Mail:
Profession :

Parent 2

Adresse
Code Postal
Ville

Tel :
E-Mail:
Profession :

Deux parents en accord avec la démarche de diagnostic : Oui Non

Nom du Médecin traitant ou pédiatre adresseur ou autre professionnel:

Adresse : Tel :

Bilans déjà réalisés

Bilan neuro pédiatrique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date	Nom
Consultation Génétique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date	Nom
Bilan ORL	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date	Nom
Bilan Orthophonique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date	Nom
Bilan Ophtalmologique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date	Nom
Autres précisez (CMP, CMPP, CAMSP, ...)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date	Nom
.....			

Prise en charge en cours

Professionnels

Nom Coordonnées

Durée

orthophoniste		
orthoptiste		
PMI		
Autres structures de prise en charge		
AED, AEMO,...		

Autorisation de contacter les professionnels cités pour prendre de plus amples informations : Oui Non

Dossier MDPH : Oui Non (Dernière notification à fournir)

Scolarité : Oui Non

Classe : Adresse :	<i>Temps plein</i>	<i>Aménagement ou aide à la scolarité</i>
	<i>Temps partiel Si temps partiel durée</i>	<i>Précisez</i>

Mode de garde

Parents Crèche /Garderie Assistante Maternelle Membre de la Famille Autres : Précisez	Si Crèche ou garderie Autorisation de les contacter oui non <u>Coordonnées Tel ou adresse Crèche :</u>
---	--

Allergies: alimentaires/ médicaments

--

Parlez-nous de votre enfant en quelques mots

--

Formulaire de diagnostic précoce de l'autisme

(À compléter et à nous retourner, accompagné des pièces précisées dans la liste* des documents à fournir)

Quelles sont vos attentes / besoins sur ces différents points?

Comportement:

Education:

Alimentation:

Propreté:

Sommeil:

Communication/langage:

Particularité sensorielle (goût, toucher, odorat, vision, audition):

Autre:

Date :

Signature :

Partie réservée au service 3CPA

*Liste des documents à fournir :

- Lettre du médecin qui adresse l'enfant pour suspicion des troubles du spectre autistique (TSA)
- Bilan orthophonique (réalisé, en cours ou enfant inscrit sur liste d'attente, en précisant les coordonnées du cabinet).
- Questionnaire d'évaluation du comportement.
- Copie du livret de famille.
- Attestation CPAM.
- Vidéo d'une durée inférieure de 5 minutes à envoyer par mail au secrétariat avec l'autorisation signée pour le visionnage de la part de l'équipe.

Votre demande sera examinée en commission et ne pourra être traitée que si votre dossier est complet.

Équipe 3CPA
1, rue Pierre Simon de Laplace
57070 METZ



Tel : 03.87.76.54.14
www.3cpa.fr
3cpa.pplateforme@gmail.com