



Centre de consultation spécialisé en autisme

Centre cantonal en autisme

Place du cirque 2

1204 Genève

T. +41 (0)22 322 89 20

consultation@pole-autisme.ch

Demande d'évaluation
Centre de consultation spécialisé en autisme (CCSA)

Date de la demande d'évaluation

à compléter et signer par le Médecin de premier recours (pédiatre ou neuropédiatre)

Informations concernant le patient

Nom Prénom Date de naissance.....

Parents : Mère Père

Adresse E-mail*.....

NPA Lieu Téléphone*

Assurance maladie Numéro d'assuré

(Pour les assurances internationales, un dépôt de 2000.- CHF avant la 1^{ère} consultation est obligatoire. La totalité de cette somme sera restituée lorsque toutes les factures seront intégralement payées à la fin du traitement.)

Numéro AVS Prise en charge AI : Oui Non
Si oui, No AI.....

Langue(s) de l'enfant : Langue(s) des parents :

**champs obligatoires*

Motif de consultation au CCSA formulé aux parents :

.....
.....

Observations cliniques :

.....
.....
.....

Demande :

- Évaluation complète (évaluation standardisée pour les TSA, bilan cognitif général et approfondi si pertinent, bilan développemental, bilan adaptatif)
- Deuxième avis diagnostique (exclusion – confirmation diagnostique)
- Évaluation pour un jeune enfant à probabilité accrue de présenter des difficultés dans son développement socio-communicatif (<18 mois)

Outils de dépistage / diagnostic déjà utilisés et observations pertinentes :

.....

.....

.....

Existe-t-il un traitement ou une aide psychopédagogique en cours (par exemple, psychothérapie, logopédie, ergothérapie, psychomotricité, centre de jour, etc.) ?

- Oui Non

Si **oui**, le(s) quel(s), et avec quel(s) intervenant(s) ?

.....

.....

.....

Est-ce qu'un diagnostic formel (DSM-IV, CIM-10) ou une suspicion de diagnostic a été formulé ?

- Oui, préciser le diagnostic.....
- La date du diagnostic.....
- Le lieu.....
- Non

Coordonnées du Médecin de premier recours:

Par la présente signature, le pédiatre atteste suite à la mise en vigueur de l'Ordonnance du DFI, que le patient ne bénéficie pas d'une psychothérapie actuellement à sa connaissance

Nom Prénom

Profession.....

Tel..... Email.....

Les résultats de l'évaluation seront transmis au moyen d'un rapport écrit.

- Suivi dans tous les cas d'un échange téléphonique.
- Après réception du rapport écrit, je prendrai contact avec le Centre de consultation spécialisé en autisme pour des informations complémentaires.

En cas de garde partagée le pédiatre s'est assuré, **préalablement à la présente demande**, de l'accord des deux parents au bilan. La copie du rapport sera alors adressée aux deux parents

Cette demande doit être adressée par courrier ou par e-mail :

Centre de consultation spécialisé en autisme
Place du Cirque 2 1204
Genève
consultation@pole-autisme.ch