



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:

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