Pour des questions de lisibilité merci de remplir le formulaire en format dactylographié

Date de la demande :Cliquez

Dossier complet (à remplir par le secrétariat CSDA) :Cliquez

**Formulaire de demande**

**pour la Consultation Spécialisée**

**du Développement et des Apprentissages scolaires (CSDA)**

**Administration :**

* Patient

Nom(s) Prénom(s) :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de naissance :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

* Parents :

Nom(s) Prénom(s) :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Numéro de téléphone de contact :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Nom(s) Prénom(s) :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Numéro de téléphone de contact :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

* Pédiatre / Médecin traitant :

Nom(s) Prénom(s) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Numéro de téléphone :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

* Demandeur (si autre que pédiatre/médecin traitant) :

Nom(s) Prénom(s) :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Fonction :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Numéro de téléphone :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

*A noter que le pédiatre doit avoir été averti de la démarche d’investigation*.

**Questions à la CSDA :**

Merci de formuler précisément votre demande pour les différents intervenants (psychologue, neuropsychologue, pédopsychiatre, neuropédiatre) et d’indiquer les domaines (langage, attention, aspects relationnels, …) à évaluer. Si aucune question n’est formulée, le traitement de la demande sera retardé.

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Demande :**

* Historique des difficultés *(première apparition, éventuelle action entreprise,…):*

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Impact actuel sur le fonctionnement du jeune et de la famille :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

* Quelles évaluations ou prises en charge ont été entreprises en lien avec les difficultés ? Rappel : des bilans préalables sont nécessaires, en particulier un niveau cognitif de base (WPPSI / WISC) sinon votre demande ne sera pas acceptée.
	+ Bilan psychologique avec évaluation du niveau cognitif :

oui [ ]  date : Cliquez non [ ]

* + Bilan logopédique : oui [ ]  date : Cliquez non [ ]
	+ Bilan en psychomotricité ou en ergothérapie : oui [ ]  date : Cliquez non [ ]
	+ Autre bilan éventuel : oui [ ]  date :Cliquez non [ ]

Si oui précisez quoi et quand :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

* Diagnostics déjà retenus :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Quel est l’avis des parents concernant cette demande d’évaluation ? :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Anamnèse scolaire:**

* Ecole :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Niveau scolaire :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Parcours et soutiens scolaires :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Anamnèse personnelle et familiale:**

* Anamnèse développementale connue (y.c. grossesse et périnatalité) :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

* Anamnèse familiale connue :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

* **Anamnèse médicale :**
* Anamnèse médicale connue et examen clinique général (poids ; taille ; PC):

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

* Médication actuelle et/ou antérieure :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Environnement :**

* Langue : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Besoin d’interprète : oui [ ]  non [ ]
* Requérant d’asile : oui [ ]  non [ ]  Permis de séjour :Cliquez
* Autorité parentale : Père [ ]  mère[ ]  les deux [ ]
* Droit de garde : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* DGEJ : oui [ ]  non [ ]  Nom du contact :Cliquez
* Patient au bénéfice de l’AI : oui [ ]  non [ ]
* Chacun des détenteurs de l’autorité parentale a donné son accord pour une évaluation à la CSDA ? oui [ ]  non [ ]
* Chaque détenteur de l’autorité parentale donne son accord pour que la CSDA contacte les professionnels du réseau de l’enfant concerné ? oui [ ]  non [ ]

Nous vous remercions d’avoir pris le temps de compléter ce formulaire. Les informations fournies nous permettrons d’orienter au mieux votre demande.

**Formulaire à retourner prioritairement par mail à l’adresse :**

csda@chuv.ch

**ou par poste à l’adresse suivante :**

Consultation Spécialisée du Développement et des Apprentissages scolaires

CHUV - Hôpital Nestlé (5e étage)

Av. Pierre-Decker 5

1011 Lausanne

FAX +41 21 314 08 64

Documents à joindre à la demande :

[ ]  Ordonnance pour un bilan neuropsychologique avec le motif « Bilan neuropsychologique à la recherche de troubles cognitifs ».

[ ]  Prescription d’examen psychologique (psychothérapie 15 séances)

[ ]  Résultats détaillés (scores chiffrés) de l’évaluation psychométrique (WPPSI / WISC)

[ ]  Copie des rapports médicaux et thérapeutiques