

*Unité Troubles du développement*

Madame, monsieur,

Vous avez demandé une consultation spécialisée pour votre enfant qui présente des **troubles du développement** (retard des acquisitions, absence ou retard de langage, trouble de la communication, troubles des interactions sociales, intérêts restreints...). Afin d'accéder à cette consultation dans les meilleures conditions, un courrier médical motivant votre demande vous sera demandé.

Le cas échéant, vous serez orienté dans un premier temps vers une consultation pédiatrique. Le médecin pédiatre décidera alors d'adresser ou non votre enfant à la consultation spécialisée.

Par soucis d'efficacité, il nous est nécessaire d'avoir les informations les plus complètes sur votre enfant lors de notre rencontre.

Dans ce but, veuillez apporter lors de la consultation :

- Un courrier adressé par un professionnel de santé présentant le motif de la demande de consultation spécialisée
- le carnet de santé de l'enfant, votre carte vitale ou attestation d'assurance maladie
- Les lettres et comptes-rendus des examens (médicaux, neurologiques...) et des prises en charge.
- Le questionnaire rempli, daté et signé qui vous a été remis avec cette lettre.

**En l'absence de ces éléments, nous ne serons pas en mesure de traiter avec efficacité le dossier de votre enfant et vous devrez alors reprendre rendez-vous pour une consultation ultérieure.**

Docteur JC ELIAN  
Et l'équipe pluridisciplinaire de l'unité TED



# QUESTIONNAIRE A REMPLIR PAR LES PARENTS

**Nom de l'enfant :****Prénom :**

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone en journée :

Mail :

Numéro de sécurité sociale :

Mode de garde ou école fréquentée (nom et adresse) :

Nom et coordonnées de l'enseignant référent (si déterminé) :

**Parents :**

Mère : Nom :

Père : Nom :

Date de naissance :

Date de naissance :

Nationalité :

Nationalité :

Emploi :

Emploi :

**Fratrie :**

Noms :

Âges :

Situations scolaires :

Langue(s) parlée(s) à la maison :

**Qui demande la consultation au Centre Pédiatrique Paris Nord et pourquoi ? (joindre une lettre précisant très clairement la demande)**

- Pédiatre ou médecin traitant
  - PMI
  - CMPP ; CAMSP
  - Mairie
  - Médecin ou psychologue scolaire
  - Enseignant
  - Psychologue, orthophoniste, psychomotricien
  - Autre
- Nom(s) et coordonnées :

**Quels types de troubles l'enfant présente-t-il ?**



- Troubles du comportement
- Absence ou retard de langage
- Trouble de la communication
- Trouble des interactions sociales
- Difficultés et/ou retard scolaires

**L'enfant est-il suivi actuellement en rééducation(s) ?**

(joindre les bilans et compte-rendus)

- Orthophonie
- Psychomotricité
- Psychologie
- Ergothérapie
- Interventions pédagogiques (préciser)
- autre

Si oui, depuis quelle date, à quel rythme et dans quel lieu :

Coordonnées des intervenants :

**L'enfant a-t-il déjà consulté pour les mêmes raisons que celles de la présente demande ?**

- Non
- Oui

Si oui, auprès de qui et à quelles dates ?

- En libéral
- Médecin spécialiste
- En milieu hospitalier
- CAMSP ou CMPP autres centres médico-social
- Dans le cadre d'une association
- Autre



**Quels bilans ont été pratiqués et à quelles dates ?**

(joindre **obligatoirement** tous les bilans pratiqués)

- Biologique
- génétique
- neurologique
- ophtalmologique
- audiométrique
- orthophonique
- orthoptique
- psychologique
- psychomoteur

**L'enfant a-t-il été diagnostiqué ?**

Diagnostic (joindre une copie)

Date et lieu

**L'enfant a-t-il été évalué ?**

Date et lieu

Joindre une copie de(s) l'évaluation(s)

**Quelles sont vos attentes de la consultation spécialisée ?**

- avis médical spécialisé
- diagnostic
- orientation
- demande de mettre en place d'un projet d'accompagnement
- autre (à préciser)

**Observations :**

Date et signature :

