CADANCE - 0-6 ANS
DEMANDE D'ÉVALUATION

Critères d'admissibilité
Volet Clinique de développement 0-6 ans
Centre hospitalier de l'Université Laval
et Centre mère-enfant Soleil
2705, boul. Laurier, Québec (Qc) G1V 4G2
Tél : 418-525-4444, poste 48165
Télécopieur : 418-521-1884
Courriel : cadance@chudequebec.ca

CADANCE
Centre d'accès interdisciplinaire dans une approche neurodéveloppementale centrée sur l'enfant

Ce service surspécialisé d'évaluation interdisciplinaire et d'orientation est offert aux enfants de 0-6 ans répondant à l'un des critères suivants :

- Doit présenter une régression ou une évolution atypique de son développement avec nécessité d'investigation médicale
- Doit avoir une atteinte dans au moins 2 sphères du développement (plus de 2 écart-types sous la moyenne ou de **façon au moins modérée**)
- Doit y avoir une impasse diagnostique (demande d'un 2e avis lorsque par exemple : le diagnostic n'est pas clair, la famille n'est pas en accord avec le diagnostic, etc.)

L'accès à un pédiatre du développement pour les enfants de 0-17 ans est aussi possible dans les contextes suivants :

- Une suspicion de syndrome alcoolo fœtal ou toute autre embryopathie environnementale **avec atteinte de son développement**.
- Un **diagnostic établi** de trouble neurodéveloppemental avec problèmes de comportement, de sommeil, d'alimentation, ou autre problématique médicale en lien avec le diagnostic neurodéveloppemental

Voir page 2 ** INFORMATION IMPORTANTE **

Nom : Prénom : # Dossier :

Enfants non-admissibles
• Atteinte d'une seule sphère du développement • Atteinte légère de 2 sphères ou plus • Diagnostic clair et services **déjà demandés, en attente ou en place**, sans problématique médicale • Trouble de comportement ou psychiatrique isolé sans diagnostic de trouble neurodéveloppemental • Enfant sans investigation médicale en cours, ni envisagée • Enfant pour qui une forte suspicion de trouble du spectre de l'autisme est présente sans composante médicale ou qui n'est pas en investigation médicale spécialisée.
Liste des documents à joindre à la demande de consultation
☐ Copie des rapports des professionnels ayant vu le patient ☐ Rapports au DPE du CHU de Québec-UL ☐ Dossier scolaire si enfant d'âge scolaire ☐ Bulletins ☐ Plans d'intervention **Si référence par un médecin :** ☐ Note clinique ou résumé de dossier médical si patient vu hors CHU de Québec ☐ Résultats des investigations médicales (génétique ou autre) ☐ Résultats sont au DPE du CHU de Québec-UL **Si référence par un professionnel :** ☐ Le médecin traitant est au courant et en accord avec la référence ☐ Pas de médecin traitant
**** INFORMATION IMPORTANTE ****
Veuillez noter que la référence pour une consultation avec un **pédiatre du développement** n'implique pas que l'enfant aura accès à une évaluation multidisciplinaire par la suite. Pour que l'enfant soit éligible à une **évaluation** interdisciplinaire par les professionnels de la clinique du développement au CHUL, il doit avoir entre 0-6 ans et y avoir présence d'une condition médicale (incluant une condition génétique ou une erreur innée du métabolisme confirmée ou suspectée) ayant eu un impact sur son développement.

Si l'enfant répond aux critères d'adminissibilité veuillez compléter le formulaire qui suit

Identification de l'enfant	
Nom :	Prénom :
Date de Naissance (aaaa/mm/jj) :	Numéro dossier CHUL :
NAM :	Langue d'usage :
Adresse complète :	

Coordonnées	
PARENT 1	
Nom :	Prénom :
Téléphone :	Courriel :
PARENT 2	
Nom :	Prénom :
Téléphone :	Courriel :
TUTEUR	
Nom :	Prénom :
Téléphone :	Courriel :

Milieu de vie de l'enfant			
☐ Parents	☐ Garde partagée	☐ Autres *	☐ Famille d'accueil *
* Informations supplémentaires			
Nom :		Prénom :	
Téléphone :		Courriel :	

Objectif de la demande

Cocher le service requis :

☐ Pédiatre du développement
☐ Pédiatre du développement ET équipe interdisciplinaire du développement
☐ Équipe interdisciplinaire du développement

Pour un avis médical en pédiatrie générale, veuillez utiliser le formulaire:
Demande de consultation en pédiatrie générale - DT9288 (CRDS)

Nom : Prénom : # Dossier :

Raison(s) de consultation / diagnostic(s) connu(s)
Question précise pour le pédiatre ou l'équipe inter :

Fonctionnement actuel

Sphères de développement atteintes

☐ Langage/communication ☐ Motricité fine ou globale ☐ Cognition/Capacités intellectuelles

Précision des difficultés observées

☐ Intérêt à communiquer ☐ Compréhension ☐ Expression ☐ Socialisation
☐ Déplacements ☐ Équilibre ☐ Coordination globale ☐ Attention
☐ Particularités sensorielles ☐ Comportement ☐ Alimentation ☐ Sommeil
☐ Autonomie dans les activités de la vie quotidienne

Interventions ou suivis réalisés	Année	Nom et prénom du professionnel	Lieu
Audiologie			
Ergothérapie			
Orthophonie			
Physiothérapie			
Psychologie			
Psychoéducation			
Éducation spécialisée			
Service social			
Neuropsychologie			
Autre :			

Référent

Nom :	Prénom :
Profession :	Numéro de licence :
Milieu de pratique :	
Signature :	Date (aaaa/mm/jj) :

Comment envoyer la demande d'évaluation

Envoyer les documents à **:** **cadance@chudequebec.ca ou par télécopieur : 418 521-1884**

À la suite de la réception des documents au triage, si l'enfant répond aux critères d'admissibilités, les parents et le référent seront contactés.