



CQ12303

Nom : **Prénom :**

Date de naissance :

N° de Téléphone :

N° RAMQ :

Nom de la mère :

CADANCE – TSA 13-17 ANS **DEMANDE D'ÉVALUATION**

Centre d'accès interdisciplinaire dans une approche neurodéveloppementale centrée sur l'enfant
CADANCE - Volet évaluation TSA 13-17 ans

Critères d'admissibilité

Adolescent(e) âgé(e) de 13 à 17 ans nécessitant une évaluation diagnostique du trouble du spectre de l'autisme (TSA)

- L'adolescent(e) doit être référé(e) par un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée.
- L'adolescent(e) doit demeurer sur l'un des territoires suivants : Capitale-Nationale, Chaudière-Appalaches, Bas-Saint-Laurent, Gaspésie, Iles-de-la-Madeleine, Côte Nord ou Saguenay-Lac-St-Jean.
- Les parents/tuteurs légaux et/ou l'adolescent(e) âgé(e) de plus de 14 ans doivent avoir été informés de la référence et consentir à l'évaluation.
- L'adolescent(e) doit présenter un profil atypique et avoir des impacts fonctionnels au quotidien. Les signes suspectant la présence d'un TSA doivent être documentés au dossier (p.ex., analyse initiale, rapports professionnels).

Adolescent(e) non-admissible

- Adolescent(e) avec un diagnostic confirmé de TSA.
- Adolescent(e) ayant reçu une évaluation TSA au cours des deux dernières années.

Toute demande de réévaluation ou de deuxième opinion sera examinée par le Comité d'admission et doit être accompagnée d'un document rédigé par un professionnel indiquant la nécessité d'une révision de dossier basée sur un jugement clinique

Liste des documents à joindre à la demande de référence

- Formulaire de référence (requête initiale)
- Formulaire de consentement à communiquer les renseignements
- Formulaire d'anamnèse complété par le(s) parent(s)
- Copie des rapports des professionnels ayant vu le patient (cochez si déjà au DPE du CHU de Québec-UL)
- Dossier scolaire des dernières années
 - Bulletins (deux dernières années)
 - Plans d'intervention (toutes années confondues)
 - L'ensemble des rapports d'évaluation professionnelle

Comment faire la demande d'évaluation

Compléter l'ensemble des formulaires demandés et les retourner par courriel : cadance@chudequebec.ca

À la suite de la réception des documents, si l'adolescent(e) répond aux critères d'admissibilité, les parents et le référent seront contactés.

Nom :

Prénom :

Dossier :

Date réseau (Première référence pour évaluation TSA) (aaaa/mm/jj) :

Motifs de la référence**Diagnostics connus****Données démographiques de l'adolescent(e)***Si âgé(e) de 14 ans ou plus, obtenir le consentement pour parler avec les parents***Parent 1****Parent 2**

Nom, Prénom :

Téléphone :

Courriel :

Coordonnées de l'adolescent(e)

Téléphone :

Adresse courriel :

Milieu de vie de l'adolescent(e) Parents Parent 1 Centre de réadaptation Garde partagée Parent 2 Famille d'accueil Famille d'accueil de proximité Autre :**L'adolescent(e) vit en famille d'accueil ou en centre de réadaptation :**

Date du placement (aaaa/mm/jj) :

Durée du placement :

Personne à contacter :

DPJ : Est-ce que la famille a ou a déjà reçu des services de la Protection de la jeunesse ? Oui Non**Services reçus**

Veuillez cocher les évaluations/suivis antérieurs et actuels et joindre une copie des rapports

<input type="checkbox"/> Audiologie	<input type="checkbox"/> Optométrie	<input type="checkbox"/> Neuropsychologie	<input type="checkbox"/> Psychologie	<input type="checkbox"/> Orthophonie
<input type="checkbox"/> Service social	<input type="checkbox"/> Psychoéducation	<input type="checkbox"/> Physiothérapie	<input type="checkbox"/> Ergothérapie	<input type="checkbox"/> Autre :

Milieu scolaire fréquenté actuellement

Nom de l'école :

Niveau scolaire :

Coordonnées de la personne ressource à contacter :

Atypies et impacts fonctionnels à documenter

- Impacts au niveau de la communication (verbale/non-verbale) : _____
- Impacts au niveau de la socialisation, des interactions et/ou des relations : _____
- Atypies au niveau des comportements et/ou des intérêts : _____
- Particularités sensorielles : _____

Référent :

Numéro de pratique :

Milieu de pratique :

Signature :

Titre d'emploi :

Date : (aaaa/mm/jj) :

CADANCE – Volet évaluation TSA 13-17 ansCentre hospitalier de l'Université Laval et Centre mère-enfant soleil
2705, boul. Laurier, Québec, G1V 4G2

Téléphone : 418-525-4444, poste 48165

Adresse courriel : cadance@chudequebec.ca**CADANCE**Centre d'accès interdisciplinaire dans
une approche neurodéveloppementale
centrée sur l'enfant