



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, Îles-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](mailto: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 :

<b>Date réseau (Première référence pour évaluation TSA) (aaaa/mm/jj) :</b>		
<b>Motifs de la référence</b>		
<b>Diagnostics connus</b>		
<b>Données démographiques de l'adolescent(e)</b>		
<b><i>Si âgé(e) de 14 ans ou plus, obtenir le consentement pour parler avec les parents</i></b>		
	<b>Parent 1</b>	<b>Parent 2</b>
Nom, Prénom :		
Téléphone :		
Courriel :		
<b>Coordonnées de l'adolescent(e)</b>	Téléphone :	
	Adresse courriel :	
<b>Milieu de vie de l'adolescent(e)</b>		
<input type="checkbox"/> Parents	<input type="checkbox"/> Parent 1	<input type="checkbox"/> Centre de réadaptation
<input type="checkbox"/> Garde partagée	<input type="checkbox"/> Parent 2	<input type="checkbox"/> Famille d'accueil
<input type="checkbox"/> Famille d'accueil de proximité	<input type="checkbox"/> Autre :	
<b>L'adolescent(e) vit en famille d'accueil ou en centre de réadaptation :</b>		
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 ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
<b>Services reçus</b>		
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"/> Service social	<input type="checkbox"/> Psychoéducation	<input type="checkbox"/> Physiothérapie
	<input type="checkbox"/> Ergothérapie	<input type="checkbox"/> Autre :
<b>Milieu scolaire fréquenté actuellement</b>		
Nom de l'école :	Niveau scolaire :	
Coordonnées de la personne ressource à contacter :		
<b>Atypies et impacts fonctionnels à documenter</b>		
<input type="checkbox"/> Impacts au niveau de la communication (verbale/non-verbale) : _____		
<input type="checkbox"/> Impacts au niveau de la socialisation, des interactions et/ou des relations : _____		
<input type="checkbox"/> Atypies au niveau des comportements et/ou des intérêts : _____		
<input type="checkbox"/> Particularités sensorielles : _____		
<b>Référent :</b>	<b>Numéro de pratique :</b>	<b>Milieu de pratique :</b>
<b>Signature :</b>	<b>Titre d'emploi :</b>	<b>Date : (aaaa/mm/jj) :</b>
<b>CADANCE – Volet évaluation TSA 13-17 ans</b> Centre hospitalier de l'Université Laval et Centre mère-enfant soleil 2705, boul. Laurier, Québec, G1V 4G2 Téléphone : 418-525-4444, poste 48165 Adresse courriel : <a href="mailto:cadance@chudequebec.ca">cadance@chudequebec.ca</a>		



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