



# Formulaire d'adressage

## Je vous adresse l'enfant

Prénom :  Nom :

Date de naissance :

Adresse et téléphone de la famille :

Identification de l'assuré et du représentant légal :

Couverture par l'Assurance Maladie :

## Je retiens chez cet enfant

Des antécédents/facteurs de risque exposant aux TND

OUI  NON

Des difficultés multiples

OUI  NON

Une gêne fonctionnelle sévère

OUI  NON

Un décalage scolaire important par rapport au niveau attendu

OUI  NON

Un retentissement important sur la qualité de vie (enfant et/ou famille)

OUI  NON

Un retentissement important sur la vie sociale

OUI  NON

Une résistance à la prise en charge de première intention

OUI  NON



**Les éléments à ma disposition me font faire l'hypothèse :**

- d'un tableau de difficultés n'évoquant pas clairement un trouble précis mais une complexité justifiant des explorations complémentaires ;
- d'un ou plusieurs des troubles mentionnés ci-dessous :
  - trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)
  - troubles des apprentissages (trouble spécifique de la lecture, de la transcription – orthographe – de la cognition mathématique, communément désignés dyslexie dysorthographe, dyscalculie)
  - troubles du développement intellectuel (TDI)
  - troubles du langage oral (dysphasie)
  - troubles du développement de la coordination (dyspraxies)
  - trouble du spectre de l'autisme (TSA)

**En outre, je recommande les examens et bilans complémentaires suivants :**

**Identification du médecin**

Prénom et nom :

Date :

Signature :