

# DEMANDE DE CONSULTATION AU CRA

## Fiche de renseignements

Enfant de  
0-16 ans

**CRA**  
AQUITAINE  
Centre  
Ressources  
Autisme  
et troubles  
du développement



Document à remplir par la famille avec l'aide du professionnel associé à la demande

### IDENTITÉ

#### • L'enfant

Nom, prénom(s) : .....

Date de naissance : .....

Résidence de l'enfant : .....

Sexe : ☐ F ☐ M



Merci de coller la photo de votre enfant

#### • La famille

##### Responsables légaux – détenteurs de l'autorité parentale

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Courriel : .....

Tel : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Courriel : .....

Tel : .....

**Statut :** ☐ Vie commune ☐ Mariés ☐ Pacsés ☐ Séparés ☐ Célibataire ☐ Veuf-ve

#### • La fratrie

Nom (si différent), prénom(s)	Date de naissance	Information complémentaire (diagnostics...)
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

##### Origine de la demande de consultation au CRA

☐ Médicale ☐ Familiale ☐ Autre : .....

Motif de la demande : .....

##### Attentes vis-à-vis de la demande au CRA

☐ Bilan diagnostique ☐ Bilan d'évolution ☐ Informations ☐ Autre : .....



## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

### Diagnostic(s)

- Un ou des diagnostic(s) ont-ils déjà été confirmés par un médecin ?

Si oui, merci de préciser le(s)quel(s) , par qui, quand :

.....

.....

.....

Merci de  
joindre les  
comptes  
rendus

### • Examens réalisés (cocher)

Date

Résultats

	<input type="checkbox"/> Audition		
	<input type="checkbox"/> Vision		
	<input type="checkbox"/> Imagerie cérébrale (IRM, radio, scanner)		
	<input type="checkbox"/> Explorations neuro- fonctionnelles (EEG...)		
	<input type="checkbox"/> Bilan orthophonique		
	<input type="checkbox"/> Bilan psychologique		
	<input type="checkbox"/> Bilan psychomoteur		
	<input type="checkbox"/> Autre(s) problème(s) de santé particulier(s)		

### • Médecin(s) actuel(s)

Nom

Adresse

Téléphone + email

Généraliste ou pédiatre			
Pédopsychiatre/ psychiatre			
Autre (précisez)			



**N'oubliez pas  
de répondre .  
Merci**



## QUOTIDIEN

### • Situation administrative et sociale

Cocher les aides dont vous bénéficiez	Depuis quand ?	Jusqu'à quand ?
<input type="checkbox"/> ALD	.....	.....
<input type="checkbox"/> MDPH, précisez les notifications : ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....

### • La vie quotidienne

	Vos observations
<b>Communication sociale</b> - comment votre enfant communique -t-il ? (mots, gestes, cris, jargon...) - comment se comporte -t-il avec les autres ?	
<b>Habitudes et rituels</b> - A-t-il des comportements habitudes difficiles à changer ? - Quelles sont ses réactions face au changement ?	
<b>Particularités sensorielles</b> - Avez-vous remarqué des sensibilités particulières ? (bruit, lumière, toucher...)	
<b>Activités</b> - Quels sont ses intérêts ?	
<b>Autonomie</b> - Qu'en est-il de la propreté diurne / nocturne, l'habillement, l'hygiène, l'alimentation, le sommeil ? -A-t-il besoin de surveillance ?	
<b>Autres difficultés éventuelles</b>	

Date :

Signature des responsables légaux :