

Questionnaire 405 OIC-DFI

Enfant assuré (Nom et prénoms)

Date de naissance

Numéro d'assuré

756.

Nom et prénoms du médecin

Indications du médecin

1. Si vous n'avez pas effectué vous-même toutes les investigations, par qui et quand ont-elles été faites ?

(Par exemple : examen neuropsychologique, ADOS/ADI-R, etc.)

➔ Prière de joindre les rapports disponibles pour examen.

2. Avez-vous pu observer chez votre patient :

2.1 un déficit persistant des interactions et de la communication dans tous les environnements ?

oui ☐ non ☐

Si oui, prière de les décrire en détail :

2.2 un caractère restreint et répétitif :

2.2.1 des comportements ?

oui ☐ non ☐

Si oui, prière de les décrire en détail :

2.2.2 des intérêts ?

oui ☐ non ☐

Si oui, prière de les décrire en détail :

2.2.3 des champs d'activités ?

oui ☐ non ☐

Si oui, prière de les décrire en détail :

2.2.4 des particularités sensorielles ?

oui ☐ non ☐

Si oui, prière de les décrire en détail :

3. Prière de décrire comment ces symptômes entravent / limitent le fonctionnement de votre patient :

(Sur le plan familial, social, scolaire, de la formation, de l'intégration professionnelle.)

4. A partir de quand les symptômes ont-ils été observés ?

5. Avez-vous exclu d'autres pathologies psychiatriques acquises dont les symptômes peuvent être similaires à un trouble du spectre de l'autisme ?

(Par exemple : dépression, phase prodromique d'un trouble psychotique / psychose précoce, trouble anxieux, phobies diverses, PTSD, etc.)

oui ☐ non ☐

Prière de justifier votre réponse :

Signature / timbre du médecin

Lieu

Date

Signature