

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION CLEA Prise en charge en Hôpital de Jour

(Ce formulaire n'est pas destiné aux demandes de bilans intellectuels ou attentionnels mais exclusivement pour une prise en charge hôpital de jour).

Merci d'envoyer tous les bilans/évaluations déjà effectués
(bilans intellectuels, orthophonique, psychomoteur, ergothérapeutique, psychologique...).

Volet 2 : à destination des parents ou responsables légaux

► Concernant le patient :

Nom : Prénom :

Date de naissance :

► Type de problématique :

Parcours TDAH (diagnostic de Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité)

Parcours RSA (problématique de Refus Scolaire Anxieux)

► Nom du médecin adresseur :

Adresse :

Téléphone :

E-mail du secrétariat médical :

Spécialité médicale :

Pédopsychiatre

Généraliste

Pédiatre

Autre :

Autre médecin référent de l'enfant :

Pédopsychiatre

Généraliste

Pédiatre

Autre :

Adresse :

Téléphone :

E-mail du secrétariat médical :

Merci de remplir ce formulaire à rapporter au moment de la première consultation sur notre unité. Vous pouvez aussi le renvoyer directement par mail à l'adresse sécurisée contact@sbd-clea.fr ou par courrier au 9, rue Abraham Bloch - 69007 LYON

Si certaines questions nécessitent des précisions, mettez une croix et nous prendrons le temps d'en discuter le jour de la consultation. Ces informations sont confidentielles et seront consignées dans le dossier médical de votre enfant.

Concernant l'enregistrement du document, il serait souhaitable que le titre du document comprenne les noms et prénoms de l'enfant (NOM-PRENOM-Formulaire parents CLEA). Par ailleurs, merci de bien vouloir vérifier que ce dernier a été correctement enregistré après l'avoir complété.

Ce questionnaire a pour but de rassembler des données importantes concernant le parcours médical, psychologique et socio-familial de votre enfant. Il constitue une base pour le premier entretien avec le médecin de notre unité. Cet effort qui vous est demandé permet au médecin de mieux cibler son interrogatoire et dégage plus de temps en consultation pour approfondir vos propres interrogations. Le remplissage du questionnaire engage également un premier travail d'enquête de votre part dans les documents médicaux, paramédicaux, scolaires, mais également dans vos précieux souvenirs, parfois lointains, ou dans ceux de vos proches. Nous vous remercions pour votre collaboration et pour le temps consacré à ce questionnaire !

L'équipe de CLEA



► Informations socio-familiales

Situation familiale (parents mariés, divorcés...) et mode de garde (préciser si autorité exclusive d'un parent et fournir l'attestation) :

Qui est détenteur de l'autorité légale ? (merci aux parents d'amener les justificatifs éventuels)

Les 2 parents

Un seul des 2 parents :

Autre :

Lieu de vie de l'enfant : chez

Responsables légaux :

1. Nom, prénom et lien avec l'enfant :

Adresse :

E-mail :

Numéro de téléphone :

2. Nom, prénom et lien avec l'enfant :

Adresse :

E-mail :

Numéro de téléphone :

Aide éducative ou autre mesure socio-judiciaire en cours (depuis quelle date ?)

Coordonnées du travailleur social référent / de la structure référente :

N° sécurité sociale

► Langue de l'enfant :

Langue maternelle :

Langue parlée à la maison :



► **Motif de la consultation et attentes de votre part :**

Problématique principale selon vous ?

Quelle est votre hypothèse sur **la source des difficultés** de votre enfant ?

Votre demande et vos attentes vis-à-vis de notre équipe de soin ?

Qu'est-ce qui vous a décidé à consulter maintenant ?

Quand et quels ont été les **premiers signes** que vous avez repérés ?

DUREE	FREQUENCE	INTENSITE	SPHERES TOUCHEES
Depuis plusieurs jours	A l'occasion	Très peu intense	Très peu intense
Depuis des semaines	A chaque mois	Peu intense	Peu intense
Depuis plusieurs mois	A chaque semaine	Plus ou moins intense	Plus ou moins intense
Depuis plus d'un an	A tous les jours	Intense	Intense
Depuis des années	A toutes les heures	Très intense	Très intense

EVOLUTION	DANGEROUSITE	RISQUE SUICIDAIRE	
S'améliore rapidement	Très faible	Tentative antérieure	L'endroit est fixé
S'améliore lentement	Relativement faible	Suicide dans la famille	Le moment est fixé
Reste stable	Moyenne	A l'intention de le faire	A écrit une lettre d'adieu
Se détériore lentement	Assez élevée	A un plan établi	A fait son testament
Se détériore rapidement	Très élevée	Arme accessible	A donné de ses biens

Avez-vous repéré ce qui aggrave ou améliore les troubles ?



► **Antécédents médicaux dans la famille (parents, grands-parents, fratrie, oncles et tantes, cousins...) :**

Cardiovasculaires : décès prématuré de cause cardiaque, malformation cardiaque, troubles du rythme ou de la conduction cardiaque, etc.

Neuro-psychiatrique : pathologie neurologique (épilepsie ...) ou psychiatrique (dépression, anxiété, addiction, etc ...)

Neurodéveloppemental : troubles du spectre autistique (autisme), troubles spécifiques des apprentissages (dyslexie, dyspraxie, TDAH, etc.) ou déficience intellectuelle (« retard mental »)

Autres :

► **Histoire familiale**

Parents : état des conjoints (même foyer / monoparental / famille recomposée...) :

Si séparation/divorce, merci de préciser :

L'année :

Autorité parentale :

Le mode de garde :

L'enfant voit-il régulièrement le parent avec lequel il ne vit pas ?

Le motif de séparation a-t-il été expliqué à l'enfant ?

Profession des parents :

Composition de la famille (nombre d'enfants et adultes présents à la maison) :

Activités partagées en famille ?

Fratrie :

Votre enfant joue-t-il avec ses frères et soeurs ? oui non

Y-a-t-il une rivalité importante entre eux ? oui non

L'arrivée du ou des petits frères ou soeurs a-t-elle été difficile pour votre enfant ? oui non

Commentaires :

Existen-ils des évènements majeurs qui ont pu impacter la famille depuis la naissance de l'enfant ?



► Histoire de la naissance :

Y a-t-il un lien de parenté entre les parents ? oui non

Âge des parents au moment de la grossesse ?

Contexte particulier pour cette grossesse (inattendue, procréation médicalement assistée, etc.) ? Y a-t-il eu des **problèmes pendant la grossesse** (complications médicales, stress important...)?

Exposition à des toxiques (médicaments, tabac, alcool...) ou des infections ?

Accouchement à terme ? Si non, prématurité à quelle semaine de grossesse (SA) ?

Y a-t-il eu des problèmes lors de l'accouchement ? dans les premiers jours de vie ?

Paramètres physiques de naissance :

Taille = poids = périmètre crânien = Apgar =

Est-ce que le bébé a quitté l'hôpital avec sa mère ? oui non

Si non pourquoi ? Y a-t-il eu une période de **séparation avec la maman** dans les premières semaines, mois, années de vie ?

Allaitement maternel ? oui non Y a-t-il eu des difficultés alimentaires par la suite ?

A-t-il eu des maladies (graves ou à répétition, ex : otites, angines, etc...) pendant les premières années de vie ?

Le **sommeil** était-il de qualité ou bien : « trop court », « trop agité », ou « pleurs incessants », ou « ne faisait pas de sieste », ou « réveillé mais trop calme dans son berceau, sans sollicitations de sa part », etc... ?

Pleurait-il beaucoup (plus de 4 heures par jour) ? oui non

Les pleurs étaient-ils difficilement consolables ? oui non

Se laissait-il facilement prendre dans les bras ? oui non



► Développement psychomoteur et apprentissages pré-scolaires :

→ La plupart des questions suivantes sont sous-entendues « en comparaison » avec un enfant de son âge (ses amis actuels, ou bien les frères et sœurs aînés quand ils avaient le même âge...)

Tonicité / « énergie » / impulsivité :

Vers quel âge s'est-il tenu assis sans aide ?

A quel âge a-t-il marché sans aide ?

Était-il très « bougeon », « touche à tout », « casse-cou », nécessitant une vigilance constante ? oui non

Plus de maladresses et/ou de chutes que la moyenne ? oui non Beaucoup de « bobos » ? oui non

Avait-il beaucoup besoin de « se dépenser », courir dans tous les sens, etc. ? oui non

Était-ce un enfant curieux, ayant soif de découvrir son environnement ? oui non

Motricité :

Le développement de votre enfant a-t-il été différent (plus lent ou plus précoce) comparativement à un enfant de son âge pour la motricité globale ? (c'est-à-dire, marcher, courir, corde à sauter, taper dans un ballon, etc..) ? oui non

Peut-il faire du vélo sans roues (depuis quel âge ?) ?

A-t-il des difficultés pour certains sports ?

Le développement de votre enfant a-t-il été différent comparativement à un enfant de son âge pour la motricité fine (s'habiller seul, se boutonner, faire ses lacets, tenir ses couverts, découper, dessiner et écrire, utiliser une règle ou un compas, etc.) ? oui non

Aime-t-il les puzzles, les jeux de construction (legos, kapla...), le bricolage, la pâte à modeler... ? oui non

Autres :

Le développement de votre enfant a-t-il été différent comparativement à un enfant de son âge concernant les **activités préscolaires** (nommer les couleurs, les formes, l'alphabet, etc.) ? oui non

À quel âge a-t-il été propre en journée ?

La nuit ?

Votre enfant est-il gaucher ou droitier ? Connait-il la gauche et la droite sur autrui ?

Se repère-t-il dans les jours de la semaine ?



► Comportement (social, langagier, affectif...) :

Langage et communication

À quel âge a-t-il dit ses premiers mots ?

Ses premières phrases ?

Actuellement, est-il compréhensible par tout le monde ? oui non

Avant ses 2 ans :

- Votre enfant pouvait-il associer deux mots : « papa pati », « veux gato », « pas dodo » ... ? oui non
- Pouvait-il vous faire comprendre ce qu'il voulait en vous regardant, puis en pointant du doigt et du regard vers l'objet ? oui non
- Pouvait-il s'intéresser à ce que vous lui montriez ? oui non
- Pouvait-il faire des jeux de faire semblant : jouer à la dinette, à faire le ménage, au super-héros... ? oui non
- Pouvait-il vous imiter ? oui non
Si oui, immédiatement en même temps que vous ou bien en différé ?
- Pouvait-il réagir en comprenant votre mimique de visage ? oui non
- Pouvait-il vous consoler quand il vous voyait triste ? oui non

Actuellement

- A-t-il tendance à s'isoler (en classe / à la maison) ? oui non Peut-il jouer seul dans une pièce ? oui non
- A-t-il du mal à se faire des copains et à les garder ? oui non Est-il très timide voire renfermé ? oui non
- A-t-il du mal à engager ou entretenir la conversation ? oui non
- Respecte-t-il le tour de rôle dans le dialogue ? oui non
- Vous paraît-il avoir le sens de l'humour comme des enfants de son âge ? oui non
- Comprend-il bien le langage figuré/la métaphore, ou bien les expressions/blagues au second degré ? oui non
- Peut-il dire des petits mensonges dans la vie quotidienne comme des enfants de son âge ? oui non
- Peut-il tenir compte des conventions sociales ? oui non par ex, ne pas dire des paroles blessantes (est-ce qu'il s'en rend compte dans ce cas ? oui non) ou bien (sou-)rire à une blague même si on ne la trouve pas très drôle... oui non
- Partage-t-il ses émotions avec sa famille / ses amis (ses joies et ses peines, ses surprises, etc) ? oui non
- Est-il capable de modifier/ajuster son comportement relationnel selon qu'il interagit avec des enfants ou des adultes, des étrangers ou des proches ? oui non
- Est-il trop stressé par des changements dans ses habitudes ? oui non
- A-t-il des "rituels" inflexibles ? oui non
- Votre enfant est-il fasciné à l'excès par un sujet/thème (parfois inhabituel) auquel il revient sans cesse ? oui non
- Est-il envahi par ses intérêts au détriment de l'attention portée aux autres et à leurs propres intérêts ? oui non
- A-t-il une utilisation étrange/atypique des objets/jouets ? oui non

Commentaires

Mouvements et comportements anormaux

Avez-vous remarqué des **comportements** étranges, atypiques (comme se balancer sur place, faire des bruits de bouche ou des vocalises, agiter ses mains devant soi lors d'une émotion, se taper la tête, utiliser les jouets de façon inhabituelle, rechercher peu l'interaction avec les autres, ne pas regarder dans les yeux,) ?

Avez-vous déjà repéré chez lui des mouvements du corps ou d'une partie du corps qui soient anormaux et/ou répétitifs ?

Emotions et sensorialité

Concernant le comportement émotionnel (réactions lors d'émotions fortes) de votre enfant par rapport à celles d'un enfant du même âge :

Elles vous paraissent plus intenses, plus fortes, excessives en regard de la situation qui les provoque

L'enfant met plus de temps à se calmer, à revenir à son « état de base »

L'enfant est très souvent irritable, s'énerve rapidement et pour des frustrations pourtant minimes

L'enfant fait de grosses crises de colère où il peut s'en prendre aux objets, claquer des portes, etc.

L'enfant fait de grosses crises de colère où il peut s'en prendre verbalement aux personnes (crier sur quelqu'un, l'insulter, etc.)

L'enfant fait de grosses crises de colère où il peut s'en prendre physiquement aux personnes (taper, mordre, etc...).

L'enfant passe très facilement du rire aux larmes, ses émotions sont très vite changeantes

L'enfant exprime (dans son attitude, sur son visage, dans ses mots...) moins d'émotions que la moyenne

L'enfant est très souvent insatisfait, éprouve peu de plaisir, n'est jamais content

L'enfant est souvent triste et renfermé

L'enfant s'ennuie souvent, n'arrive pas à s'occuper tout seul

Présente-t-il ou a-t-il déjà présenté des particularités sensorielles :

Odeur (odeur non supportée, etc...)

Audition (musique, bruit qui dérange, etc...)

Vision (type ou intensité de la lumière, etc...)

Goût (aliments, texture, etc...)

Toucher (matière désagréable au toucher, vêtement, N'aime pas le contact physique...)

► **Tempérament et personnalité de l'enfant :**

On (vous) qualifie(z) votre enfant de : Affectueux ? Joyeux ? Empathique ? Nerveux/Préoccupé/inquiet ? Colérique ? Agressif ? Susceptible ? Sociable (avec ses pairs, avec les adultes) ? Discipliné ? Etc...

RESEAU SOCIAL	CONTACTS SOCIAUX	RAPPORT AVEC FAMILLE	RELATION AVEC AUTRUI
Multiples amis/proches	Très fréquents	Très bonnes relations	Très bonnes relations
Plusieurs amis/proches	Fréquents	Bonnes relations	Bonnes relations
Quelques amis/proches	Plus ou moins fréquents	Relations +/- bonne	Relations +/- bonne
Peu d'amis/proches	Rares	Relations conflictuelles	Relations conflictuelles
Très peu d'amis/proches	Très rares	Relations déplorables	Relations déplorables

IMAGE DE SOI	CAPACITE D'ADAPTATION	ENFANCE	A DEJA ETE VICTIME DE
Très positive	S'adapte très facilement	Très heureuse	Inceste
Positive	S'adapte facilement	Heureuse	Abus sexuel
Plus ou moins positive	S'adapte +/- facilement	+/- heureuse	Violence, agression
Négative	S'adapte difficilement	Malheureuse	Négligence
Très négative	S'adapte très difficilement	Très malheureuse	Taxage, intimidation

Quelles sont ses principales **forces, ressources et qualités** ?

Qu'est-ce qu'il aime faire ? Quels sujets l'intéressent ?

Les caractéristiques de l'enfant, ou certaines de ses difficultés, sont-elles partagées avec un parent, qui pourrait dire « se reconnaître » à travers lui (caractère ou difficultés scolaires, relationnelles, émotionnelles...)?

Lors de l'entrée en crèche ou en maternelle, y a-t-il eu des **difficultés de séparation avec les parents** (pleurs inconsolables...)? oui non

A-t-il déjà dormi hors du domicile familial oui non

Avez-vous repéré des **peurs** excessives et/ou atypiques ?



► Scolarité

Classe (niveau actuel) :

A-t-il déjà redoublé, si oui quelle classe ? :

Etablissement scolaire et nom de l'enseignant principal (coordonnées) :

Aménagements pédagogiques mis en place ? oui non (Lesquels ?)

Présence d'une AVS ? oui non (depuis quand ?) :

Résultats : stables sur l'année ? oui non Par rapport à la moyenne de la classe ?

Ses matières faibles ?

Ses matières fortes ?

Lecture : Acquis / En cours / Non acquis	Calcul : Acquis / En cours / Non acquis (opération, logique...)
Orthographe : Acquis / En cours / Non acquis	Géométrie : Acquis / En cours / Non acquis
Ecriture : Acquis / En cours / Non acquis	Sport : Acquis / En cours / Non acquis

A quelle heure sont faits les devoirs :

Est-ce un moment compliqué ? oui non

Est-il aidé et par qui ?

Au retour de l'école : raconte-t-il sa journée ? Est-il fatigué ou agité ?

Intégration sociale à l'école et en dehors :

A-t-il des copains ? oui non

Est-il invité aux anniversaires ? oui non

Invite-t-il des copains à la maison ? oui non

Pourquoi selon vous ?



► **Sommeil, alimentation et usage des écrans chez votre enfant :**

Le coucher

Stabilité/régularité des horaires de coucher? – OUI – NON

Horaires en semaine d'école :

- au lit vers - lumière éteinte vers - endormissement vers

Horaires WE et vacances :

- au lit vers - lumière éteinte vers - endormissement vers

Rituel (durée) précédent le coucher ? Résistance forte au coucher ? oui non

Dort dans sa chambre ? oui non ; Avec quelqu'un ? oui non ; Avec une lumière ? oui non

Pendant la nuit :

Réveils fréquents (>2 fois par nuit) ? oui non Cauchemars récurrents ? oui non

Que fait-il dans ces cas-là ?

Ronflements importants ? oui non Pausés respiratoires ou cherche sa respiration ? oui non

Agitation motrice importante (mouvements brusques, secousses, jette ses draps par terre...) ? oui non

Transpiration ? oui non Parle ou se lève dans son sommeil ? oui non

Heure de lever en semaine ? Heure de lever spontané le week-end ?

Circonstance de début des troubles du sommeil (déménagement, naissance, maladie...) ?

Fatigue matinale ? Somnolence durant la journée ? oui non

Temps d'écrans (tablette, TV, smartphone, PC...) par jour :

les jours d'école ? En WE/vacances ?

Usage d'écran dans l'heure précédent le coucher ? oui non

Les tentatives de limitation du temps provoquent-elles des crises de colère ? oui non

Comportement alimentaire (appétit, quantité et rapidité, sélectivité) ?

