**CONSULTATION D’EVALUATION D’UN TROUBLE DU SPECTRE DE L’AUTISME (TSA)**

**DOCUMENT A REMPLIR AVANT LA 1ère CONSULATION**

1. **Identité :**

Nom : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Prénom : …………………………………………………………………………………………………………………………………………

Date de naissance : …………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Problématique principale actuelle :**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Antécédents de problèmes de santé dans la famille (**parents, frères/sœurs, grands-parents, oncles/tantes, cousines/cousins) :
* Psychiatriques : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* Troubles neuro développementaux (Trouble Dédicit de l’Attention/Hyperactivité, TSA) : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* Autres problèmes de santé notables : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
1. **Eléments vous concernant** :

Vous pouvez trouver certaines de ces informations dans votre carnet de santé, où interroger vos parents.

* 1. **Grossesse (lorsque votre mère était enceinte de vous)**
* Saignements ?

❒ Oui

Si oui à quel trimestre de la grossesse ?

❒ Non

* Pathologies liée à la grossesse (entouré :

❒ Diabète

❒ Hypertension artérielle

❒ Pré-éclampsie

❒ Placenta praevia

❒ Autre

* Prise de médicaments pendant la grossesse :

❒ Oui : lesquels ? quel trimestre ?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

❒ Non

* Toxiques pendant la grossesse :

❒ Tabac

❒ Alcool

❒ Autre : …………………………………………………………………………………………………………………………………...

* Infections pendant la grossesse :

❒ Toxoplasmose

❒ CMV

❒ Rubéole

❒ Listéria

❒ Grippe

❒ Autre : ……………………………………………………………………………………………………………………………………

* 1. **Accouchement**:

❒ A terme

❒ Prématuré : combien de jours/semaines avant la date prévue ? …………………………………………

❒ Post terme : combien de jours après la date prévu ? ………………………………………………………….

❒ Voie basse

❒ Césarienne : si oui, pourquoi ? ……………………………………………………………………………………………

❒ Instruments (forceps, ventous…)

* Traitements reçus à la naissance :

❒ Oui : si oui, lesquels ? …………………………………………………………………………………………….

❒ Non

* Hospitalisation en néonatologie :

❒ Oui : si oui pour quelles raisons ? ……………………………………………………………………………………………………………………………………

❒ Non

* 1. **Développement psychomoteur** :
* A quel âge avez-vous appris à marcher ? (en mois) …………………………………………………………………
* A quel âge avez-vous appris à parler ?
	+ 1er mots : …………………………………………………………………………………………………………………….
	+ 1ères phrases : ……………………………………………………………………………………………………………
* Votre entourage a-t-il remarqué quelque chose de particulier dans votre façon de parler quand vous étiez petit ? (ça peut être entre autre : parler comme un adulte, répéter des mots ou des phrases en boucle, se tromper de pronoms…) : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
	1. **Scolarisation en maternelle** :
* Avez-vous eu des difficultés dans les apprentissages ? ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
* Aviez des problèmes de comportement à l’école ? (difficultés à tenir en place, agressif envers les autres, difficultés à écouter les consignes, en retrait par rapport aux autres enfants…) : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
* Les enseignant.e.s ont-ils alertés vos parents sur des difficultés particulières ? ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...
	1. **Suivi dans l’enfance (entre 0 et 11 ans**) :
* Avez-vous consulté dans votre enfance :

❒ Psychiatre/pédopsychiatre

❒ Psychologue

❒ Orthophoniste

❒ Psychomotricien.ne

❒ Autre

* Si oui, quel âge aviez-vous ?