|  |  |
| --- | --- |
| Numéro de sécurité sociale (NSS) : 756.     (A rappeler dans toute correspondance) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Personne assurée :,  | Office de l'Assurance-Invalidité  du canton de NeuchâtelRue Chandigarh 2Case postale 12092301 La Chaux-de-Fonds |
| N/réf :       /      Tel. :      V/réf :       |

Date de la demande de rapport :

Rapport médical adressé à :

**Rapport médical complémentaire (002.003 PsyCoNe) pour le traitement du droit des enfants et jeunes adultes à une atteinte à la santé d'ordre psychiatrique / cognitif / neurologique** (v. 06.2022)

**1. Troubles du comportement avec déficience intellectuelle / retard mental congénital –** [**ch. 403 OIC-DFI**](https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2021/708/fr)

Votre patient présente-t-il le type d'atteinte mentionné ci-dessus ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | [ ]  Oui, vous trouverez mes réponses ci-dessous. | [ ]  Non, il n'y a pas lieu de remplir ce chapitre du  questionnaire. |

 **1.1**

Quels sont les troubles du comportement que votre patient présente ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **1.2**

Quel est l’impact fonctionnel des troubles décrits dans la question 1.1 ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **1.3**

Quel est le niveau de fonctionnement intellectuel de l’enfant (estimative clinique et/ou résultats tests QI) ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **1.4**

Prière de joindre les rapports des investigations qui ont étayé ce diagnostic, s’ils existent (par exemple examen neuropsychologique, autres).

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **1.5**

Remarques.

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

**2. Troubles du spectre de l'autisme –** [**ch. 405 OIC-DFI**](https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2021/708/fr)

Votre patient présente-t-il le type d'atteinte mentionné ci-dessus ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | [ ]  Oui, vous trouverez mes réponses ci-dessous. | [ ]  Non, il n'y a pas lieu de remplir ce chapitre du  questionnaire. |

 **2.1**

 **2.1.1**

Comment se manifeste / manifestait chez votre patient, s’il existe, le déficit persistant des interactions et de la communication dans tous les environnements ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **2.1.2**

Comment se manifeste / manifestait chez votre patient, s’il existe, ce caractère restreint et répétitif…

 **2.1.2.1**

… des comportements ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **2.1.2.2**

… des intérêts et/ou des champs d’activités ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **2.1.2.3**

… des particularités sensorielles ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **2.2**

Prière de décrire comment ces symptômes entravent / limitent le fonctionnement de votre patient (sur les plans familial, social, scolaire, formation, intégration professionnelle).

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **2.3**

Quand le diagnostic de TSA a-t-il été posé pour la première fois et par qui ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **2.4**

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

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **2.5**

Avez-vous exclu d’autres pathologies psychiatriques ou neurologiques acquises dont les symptômes peuvent être similaires à un TSA sans en être un (par exemple : dépression, phase prodromique d’un trouble psychotique/psychose précoce, trouble anxieux, phobies diverses, PTSD, etc…) ? Prière je justifier brièvement votre réponse.

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **2.6**

Prière de joindre les rapports des investigations qui ont étayé ce diagnostic, s’ils existent (par exemple examen neuropsychologique, ADOS/ADI-R, etc.).

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **2.7**

Remarques.

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

**3. Trouble de l'attention avec/sans hyperactivité (TDA/H) avec troubles associés et intelligence préservée –** [**ch. 404 OIC-DFI**](https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2021/708/fr)

Votre patient présente-t-il le type d'atteinte mentionné ci-dessus ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | [ ]  Oui, vous trouverez mes réponses ci-dessous. | [ ]  Non, il n'y a pas lieu de remplir ce chapitre du  questionnaire. |

 **3.1**

Comment se manifestent / manifestaient (que ce soit par des observations ou via des tests standardisés) chez votre patient avant le 9ème anniversaire les troubles…

 **3.1.1**

… du comportement *(au sens de troubles de l’humeur et des affects, troubles du contact / relations sociales, comportements d’opposition, agressivité, mensonge, comportements destructifs)* ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **3.1.2**

… des pulsions (*au sens d’un excès ou déficit de dynamisme global, de propension à l’action)* ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **3.1.3**

… de la perception (*au sens de déficits avérés de la vision / audition non complètement corrigés et avec impact fonctionnel persistant, problèmes de traitement central des stimuli visuels / auditifs / proprioceptifs / stéréognosiques / autres)* ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **3.1.4**

… de la concentration *(au sens de l’attention soutenue, divisée, sélective, distractibilité)* ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **3.1.5**

… de la mémorisation *(au sens de troubles de la mémoire à court terme, mémoire de travail, mémoire à long terme, capacité d’apprentissage)* ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **3.2**

Quel est le niveau de fonctionnement intellectuel de l’enfant (QI et méthode utilisé, estimative clinique si test de QI pas effectué ou estimé non valide) ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **3.3**

Quand le diagnostic de déficit d’attention de l'enfant-a-t-il été posé ? Par qui ? Prière de joindre les rapports disponibles.

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **3.4**

Quand un traitement spécifique (médicamenteux et/ou non-médicamenteux) a-t-il été instauré pour la première fois ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **3.5**

Est-ce que d’autres diagnostics neurologiques et/ou psychiques pouvant mimer un TDAH "*neurodéveloppemental"* ont été exclus ? Prière de justifier brièvement votre réponse.

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **3.6**

Remarques.

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

**4. Mesures médicales de réadaptation (art. 12 LAI)**

 **4.1**

Quel(s) est(sont) le(s) diagnostic(s) psychiatrique(s) ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **4.2**

Quelles sont les troubles fonctionnels qui découlent du diagnostic et de ses symptômes, qui font l’objet du traitement ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **4.3**

Quelle(s) mesure(s) médicale(s) avez-vous prescrit (par exemple psychothérapie, ergothérapie) et qui les dispense (nom et titre du thérapeute) ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **4.4**

Quels sont les objectifs principaux de(s) la(les) mesure(s) médicale(s) demandée(s) ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **4.5**

Si la mesure n’a pas encore débuté…

 **4.5.1**

Quelle est la date prévue du début ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **4.5.2**

Quelle est la fréquence souhaitée ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **4.5.3**

Quelle est la durée estimée de la mesure ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **4.6**

Si la mesure a déjà débuté…

 **4.6.1**

Depuis quand la mesure est-elle en place (minimum mois/année) ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **4.6.2**

Quelle est la fréquence ? Prière d’être précis et d’inclure des éventuels changements de fréquence si cela s’applique.

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **4.6.3**

Si la mesure s’est déjà terminée, prière d’indiquer la date de la fin (minimum mois/année) ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **4.7**

Quel est le pronostic en termes de fréquentation scolaire, de formation ou d’intégration dans le marché de travail (selon l’âge et étape de vie de votre patient) ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **4.8**

Est-ce que la mesure médicale en question est de nature à améliorer de façon significative et durable le pronostic mentionné dans la question 4.7 ?

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **4.9**

Prière de joindre les rapports d’évolution de l’état de santé si la psychothérapie est déjà en place.

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

 **4.10**

Remarques.

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

**5. Signature**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Date :       | Timbre et signature du médecin :      |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Date :       | Timbre et signature du thérapeute :      |