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

|  |  |
| --- | --- |
| ,  | 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 :

**Complément au rapport médical pour le traitement du droit des enfants et jeunes adultes**  / (v. 03.2022)

**(OIC 405)**

Chez la jeune personne assurée susmentionnée, le droit aux prestations en relation avec un trouble du spectre de l'autisme (chiffre 405 OIC-DFI) est à l'étude.

Nous vous prions donc de bien vouloir nous communiquer…

**1.** Si vous n'avez pas effectué vous-mêmes toutes les investigations, par qui et quand ont-elles été faites ? (P. ex. examen neuropsychologique, ADOS/ADI-R, etc.)…

 (Prière de joindre les rapports disponibles pour examen).

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

**2.** Avez-vous pu observer chez votre patient/e …

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | [ ]  Oui, description détaillée :      | [ ]  Non |

 **2.2** … un caractère restreint et répétitif…

**2.2.1** … des comportements ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | [ ]  Oui, description détaillée :      | [ ]  Non |

**2.2.2** … des intérêts ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | [ ]  Oui, description détaillée :      | [ ]  Non |

**2.2.3** … des champs d'activités ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | [ ]  Oui, description détaillée :      | [ ]  Non |

**2.2.4** … des particularités sensorielles ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | [ ]  Oui, description détaillée :      | [ ]  Non |

**3.** Pourriez-vous SVP décrire comment ces symptômes entravent / limitent le fonctionnement de votre patient/e (sur les plans familial, social, scolaire, formation, intégration professionnel).

|  |  |
| --- | --- |
|  |       |

**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, justifications :      | [ ]  Non |

 **Signature**

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