

## Questionnaire 405 OIC

(Valable dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022)

Enfant assuré (prénom, nom)	Date de naissance	Numéro d'assuré <b>756.</b>
Médecin (prénom, nom)		

### 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**

<b>Lieu</b> .....	<b>Date</b> .....
	<b>Signature</b> .....