



Association Vendéenne pour  
le Dépistage et les Interventions  
Précoces de l'Enfant

# AVDIPE

## Questionnaire destiné au professionnel requérant

**Nous vous remercions de bien vouloir répondre à l'ensemble de ce questionnaire.**

**Ce questionnaire pourra être confié à la famille sous enveloppe fermée ou adressé directement au CAMSP par votre Messagerie Sécurisée de Santé à [avdipe.camsp@esantepdl.mssante.fr](mailto:avdipe.camsp@esantepdl.mssante.fr)**

**Merci de joindre également tout bilan précédemment réalisé ou autre document qui pourrait être utile à l'instruction du dossier en commission d'admission.**

### IDENTITE DE L'ENFANT

Nom .....

Prénom .....

Date de naissance .....

### IDENTITE DU PROFESSIONNEL

Nom .....

Prénom .....

Coordonnées .....

.....

Profession .....

### INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Vous connaissez cet enfant depuis .....

.....

ATCD médicaux personnels / familiaux notables (maladie, prématurité, trouble du neuro-développement...)

.....

.....

.....

.....

.....

Difficultés de l'enfant / motif du suivi .....

.....

.....

.....

.....

.....



Eléments cliniques, informations et bilans complémentaires .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Existe-t-il des prises en charge ? Si oui à quelle fréquence, durée .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Evolution .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

