# Demande d'avis au Centre Référence Maladies Rares (CRMR)
# GénoPsy Rouen

*GénoPsy peut être sollicité pour :*
**La recherche et le diagnostic étiologique des troubles psychiques et du neurodéveloppement*
** Un avis spécialisé concernant les spécificités comportementales et/ou psychiatriques ainsi que les besoins d'accompagnement des personnes porteuses d'une affection génétique avec trouble du comportement*

## Identité de la personne concernée par la demande

**Nom- Prénom :** **Date de la demande : / /**

**N° de sécu sociale :**

**Date de naissance : / /** **Commune de naissance :**

**Médecin à l'initiative de la demande (**courrier médical à joindre**) :**

**Médecin traitant :**

- **Objet de la demande d'avis GénoPsy / problématiques rencontrées ?**

  - Besoin pour la personne concernée :

  - Besoin pour l'entourage :

- **Une recherche génétique a-t-elle déjà été réalisée ?**

☐ Oui
☐ Non

- *Si oui, précisez le lieu et la date :*

- **Un diagnostic de Maladie Rare avec une affection génétique a-t-il déjà été posé ?**

☐ Oui
☐ Non

- *Si oui le ou lesquels ?*
- *Précisez si vous en avez la possibilité le(s) gêne(s) impliqué(s) et la méthode d'investigation en génétique) :*

- *Age d'apparition des premiers signes ?*
- *Age du diagnostic ?*

- **Examens médicaux autres déjà réalisés** (*joindre les comptes rendus si possible*):

☐ Auditif
☐ Ophtalmologique
☐ Dentaire
☐ EEG/ IRM ou scanner cérébral
☐ Neurologique
☐ ECG
☐ Bilan sanguin
☐ Autres :

- **Existe-il des difficultés comportementales** ?

☐ Oui
☐ Non

- Si oui, décrivez le ou les situations problèmes récurrentes ?

*Quelques exemples :*

- *Comportement auto-agressif : automutilations (se frapper la tête, s'arracher les cheveux, se mordre…)*
- *Hétéro-agressivité : agressions (frapper, pousser les gens, donner des coups de pieds) ; destructions : jeter; casser, déchirer …)*

- **Traitement médicamenteux en cours** *(joindre si possible la dernière ordonnance)* :

| ***Nom :*** | ***Dose :*** | ***Date de début de traitement :*** | ***Effets bénéfiques :*** | ***Effets secondaires :*** |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

- **Traitements médicamenteux antérieurs** :

| ***Nom :*** | ***Dose :*** | ***Date de début de traitement :*** | ***Effets bénéfiques :*** | ***Effets secondaires :*** |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

- **Prise en charge pluridisciplinaire déjà existante** :

☐ CMP/ CMPP
☐ SESSAD
☐ SAMSAH
☐ Mesures éducatives
☐ Autre (précisez) :

- **Bilans déjà réalisés** (*compte-rendu(s) à joindre si possible et dates)* :

☐ Psychomoteur
☐ Moteur
☐ Sensoriel
☐ Neurovisuel
☐ Orthophonique
☐ Ergothérapique
☐ Neuropsychologique - psychométrique
☐ Autre (précisez) :

- **Dossier MDPH** :

☐ Oui
☐ Non
☐ En cours

Entourez le(s )aide(s) concernée(s ) par la demande : AAH / RQTH / PCH / PPS (GEVA-Sco)

- **Si la personne concernée est scolarisée, dans quel type d'établissement ?**

☐ IME
☐ ITEP
☐ Classe Ulis
☐ Classe SEGPA
☐ EEAP
☐ Autre :

- **Existe-t-il des aménagements scolaires** :

☐ PAP (Plan d'Accueil Personnalisé)
☐ PPS (Projet personnalisé de scolarisation) (si oui, joindre le dossier GEVA-Sco)
☐ PAI (Projet d'Accueil individualisé)
☐ PPRE (Plan personnalisé de réussite éducative)
☐ Autre ?

- **Vos coordonnées (ceux des représentants légaux si la personne est mineure) afin que nous puissions vous recontacter** :

Nom - prénom :

Numéro de téléphone :

Adresse du domicile :

Adresse de la structure d'hébergement si existante (FAM / MAS) :

Mail :

Dossier à retourner à : secretariat.genopsy@ch-lerouvray.fr