

**CENTRE RESSOURCES AUTISME  
AUVERGNE**  
Pôle de Psychiatrie  
58 rue Montalembert  
63003 CLERMONT-FERRAND Cedex 1  
[cra-auvergne@chu-clermontferrand.fr](mailto:cra-auvergne@chu-clermontferrand.fr)

**Formulaire de pré-demande diagnostique à remplir par le  
professionnel adresseur**

**Directrice Référente**

Aude VALERY

**Cadre Supérieure de Santé**

Mireille BERLANDI

**Coordinatrice Médicale**

Dr Sandra BERTAUT

**Responsable Administratif**

Jean-François BERNET

**Unité pour Enfants et Adolescents**

Dr Sandra BERTAUT  
Dr Lucile ROUX  
Pédopsychiatres

Florian RICHER  
Infirmier  
☎ 04 73 75 19 21

**Unité pour Adultes**

Dr Thouraya SADKI  
Psychiatre

Annick RUAT  
Infirmière  
☎ 04 73 75 24 33

**Equipe Pluridisciplinaire**

Emilie DERVIN  
Laurine DEKMEER  
Victorine LHOTE  
Psychologues

Sonia HUGUET  
Maude JACOB-TARDIF  
Neuropsychologues

Anaïs MURARD  
Assistante sociale

Danielle POTTIER  
Educatrice Spécialisée

Lisa RONGEN  
Orthophoniste

Marie SOUCHON  
Psychomotricienne

**Centre de Documentation**

☎ 04 73 75 49 75

**Secrétariat**

Anne-Sarah JUNIET  
☎ 04 73 75 19 48

**Nom et prénom du patient :**

**Date de naissance :**

**Demande faite par :**

**Psychiatre :**

**Antécédents familiaux et personnels psychiatriques :**

**Diagnostic (s) retenu(s) ou évoqué(s) :**

**Traitement actuel :**

**Quels sont les symptômes actuels et dans l'enfance en faveur d'un  
trouble de spectre de l'autisme ? *Justifier en détails***

**Quel est le retentissement sur la personne sur le plan social, scolaire,  
professionnel, ou autre plan ?**

**En quoi cette situation vous semble-t-elle complexe et nécessite un  
avis dans notre centre spécialisé ? *Justifier en détails***

**Formulaire fait et validé par : Dr Sandrine SONIE / Dr Thouraya SADKI  
CRA-Rhône-Alpes**

**Date de la demande :**

**Signature et cachet du Médecin :**