

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

**Coordinateur Médical**

Pr Jonathan LACHAL

**Responsables Administratifs**

Manon VANTAL  
Jean-François BERNET

**Unité pour Enfants et Adolescents**

Dr Lucile ROUX  
Pédopsychiatre

Florian RICHER  
Infirmier  
☎ 04 73 75 19 21

**Unité pour Adultes**

Dr -  
Psychiatre

Annick RUAT  
Infirmière  
☎ 04 73 75 24 33

**Equipe Pluridisciplinaire**

Emilie DERVIN  
Laurine DEKMEER  
Victorine LHOTE  
Psychologues

Sonia HUGUET  
Neuropsychologue

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 :

Nom du 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 ?

**Merci de bien remplir le formulaire afin qu'il soit accepté**

Date de la demande :

Signature et cachet du Médecin :