

PROTOCOLO DE DERIVACIÓN DE PACIENTES A
**LA CONSULTA DE DIAGNÓSTICO COMPLEJO TEA DESDE
SALUD MENTAL Y NEUROPEDIATRÍA**

El objetivo de la Unidad de Diagnóstico Complejo de Trastornos del Espectro del Autismo (TEA), ubicada en el Servicio de Psiquiatría del Niño y el Adolescente, es la **evaluación** de niños y adolescentes **de 0 a 25 años**, donde **el diagnóstico TEA no se ha podido realizar tras la evaluación habitual de un especialista, debido a la complejidad del caso** (comorbilidades psiquiátricas u orgánicas, múltiples diagnósticos, discrepancias diagnósticas, etc.), y el paciente necesita una valoración más exhaustiva.

Se trata de una unidad de ámbito terciario que únicamente recibe derivaciones desde los **equipos de Salud Mental** (psiquiatras y psicólogo/as clínico/as de Centros de Salud Mental o de Servicios de Psiquiatría hospitalaria) y desde **Neurología o Neuropediatría hospitalaria**.

En el caso de **pacientes mayores de 6 años** el primer nivel asistencial a nivel de Salud Mental son los Centros de Salud Mental de distrito, donde deben ser derivados los pacientes en primera instancia desde Neuropediatría.

MOTIVO DE LA DERIVACIÓN:

Dudas diagnósticas en niños y adolescentes con sospecha de TEA tras evaluación estándar.

Los casos con diagnóstico de TEA claro no precisan derivación a la Unidad de Diagnóstico Complejo. Las pruebas complementarias necesarias para completar el diagnóstico clínico deberán solicitar en el hospital o centros de especialidades correspondientes.

PROCEDIMIENTO PARA LA DERIVACIÓN:

Enviar cumplimentado el **informe de derivación** (ver anexo) por email a:
dxcomplejo.hgugm@salud.madrid.org

En el caso de no recibir los datos solicitados, la derivación será remitida de nuevo al centro de referencia.

CONTACTO:

Teléfono: **91 5868135**

Dra. Mara Parellada. Coordinadora Asistencial AMITEA – Diagnóstico Complejo TEA.

Fax.- 91 5866749 / 91 4265004

ANEXO

**INFORME DE DERIVACIÓN A LA CONSULTA DE
DIAGNÓSTICO COMPLEJO**

Nombre y cargo del profesional que deriva:

Nombre del Hospital/CSM/recurso:

Nombre y apellidos del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____ / _____ / _____

Teléfonos de contacto de la familia: _____

Si la derivación se produce desde Neuropediatría:

Valorado por Salud Mental NO
 SI Especificar:

Si la derivación se produce desde Salud Mental:

Valorado por Neuropediatría NO
 SI Especificar:

Valorado por EAT/ EOEP

NO

SI Fecha:

Resultados:

INFORME MÍNIMO NECESARIO

Diagnósticos psiquiátricos previos:

Antecedentes personales somáticos (crisis epilépticas, alteraciones metabólicas, problemas auditivos, alteraciones genéticas, etc.) y tratamientos farmacológicos:

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA (DESCRIPCIÓN EVOLUTIVA Y SINTOMATOLÓGICA que incluya: desarrollo del lenguaje, comunicación socio-afectiva, comportamientos repetitivos, intereses inusuales, alteraciones en la percepción sensorial, etc.).

Pruebas complementarias:

Justificación de dudas diagnósticas:

Fecha:

Nombre y firma del derivante:

Sello del facultativo (CIPA)

Teléfono de contacto del facultativo y/o profesional de referencia: