



**Consultation pour le développement  
de l'enfant et de l'adolescent**

Place du Cirque 2

1204 Genève

T. +41 (0)22 322 89 21

[consultation@pole-autisme.ch](mailto:consultation@pole-autisme.ch)

**Évaluation des fonctions exécutives à la consultation du  
développement de l'enfant et de l'adolescent (CDEA)**

Date de la demande : .....

**Informations concernant le patient**

Nom ..... Prénom ..... Date de naissance.....

Parents : Mère ..... Père .....

Adresse ..... **E-mail\*** .....

NPA ..... Lieu ..... **Téléphone\*** .....

**Assurance maladie** ..... Numéro d'assuré .....

**Numéro AVS** ..... Prise en charge AI :      Oui      Non  
Si oui, No AI.....

Langue(s) de l'enfant : ..... Langue(s) des parents : .....

*\*champs obligatoires*

**Motif de consultation au CDEA :**

Évaluation ponctuelle des fonctions exécutives

Évaluations répétées pour introduction et titration d'un traitement psychopharmacologique :  
calendrier des évaluations fixé conjointement entre psychologue CDEA et pédiatre,  
communication régulière lors des différentes étapes de titration.

**Indication :**

- Le patient a-t-il au moins 6 ans ?

Oui       Non

- Est-ce que le patient est domicilié en Suisse ?

Oui       Non

- Est-ce qu'un diagnostic formel (DSM-IV, CIM-10) de troubles de l'attention avec et/ou sans hyperactivité a été formulé ?

Oui, préciser le diagnostic.....  Non  
Date du diagnostic .....  
Lieu / professionnel .....

- Est-ce qu'une suspicion de comorbidité psychiatrique a été formulée ?

Oui  Non

- Est-ce qu'une anamnèse a révélé dans l'histoire familiale, un trouble psychotique ou bipolaire ?

Oui  Non

**Observations cliniques :**

.....  
.....  
.....

**Dans le cadre d'une évaluation pour introduction et titration d'un traitement psychopharmacologique : Protocole de titration anticipé par le pédiatre (Soumis à des changements en fonction de l'évolution des symptômes du patient, selon l'interprétation du pédiatre)**

Nom du psychostimulant : .....

Premier dosage : .....	mg	Date de début : .....	Heure de la prise : .... h ....
Pallier(s) : .....	mg	Date de début : .....	Heure de la prise : .... h ....
.....	mg	Date de début : .....	Heure de la prise : .... h ....
.....	mg	Date de début : .....	Heure de la prise : .... h ....
.....	mg	Date de début : .....	Heure de la prise : .... h ....
.....	mg	Date de début : .....	Heure de la prise : .... h ....

**Coordonnées du pédiatre :** Nom ..... Prénom .....

Profession.....

Tel..... Email \* : .....

\* Communication privilégiée

Les résultats de l'évaluation seront transmis au pédiatre qui demande l'évaluation au CDEA au moyen d'un rapport écrit, avec copie aux parents.

Cette demande doit être adressée à l'aide du présent formulaire par email :  
[eval-attention@pole-autisme.ch](mailto:eval-attention@pole-autisme.ch)