



Consultation 22q11DS
Place du Cirque 2
1204 Genève
T. +41 (0)22 322 89 21
consultation@pole-autisme.ch

**Consultation Spécialisée pour le Développement Psychique et
intellectuel d'Enfants et Adolescents porteurs d'une
Microdélétion 22q11.2**

Date de la demande :
à compléter et signer par le Médecin de premier recours (pédiatre ou neuropédiatre)

Informations concernant le patient

Nom Prénom Date de naissance.....

Parents : Mère Père

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

NPA Lieu **Téléphone***.....

Assurance maladie Numéro d'assuré

(Pour les assurances internationales, un dépôt de 2000.- CHF avant la 1^{ère} consultation est obligatoire. La totalité de cette somme sera restituée lorsque toutes les factures seront intégralement payées à la fin du traitement.)

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

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

**champs obligatoires*

Date à laquelle le diagnostic génétique (del22q11.2) a été posé : MM/AAAA

Motif de consultation:

.....
.....

