



**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)

**Demande de dépistage des troubles du développement à la  
Consultation pour le Développement de l'Enfant et de l'Adolescent  
(CDEA)**

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<sup>ère</sup> 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*

**Motif de consultation au CDEA formulé aux parents :**

.....  
.....

**Observations cliniques :**

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

.....  
.....

Cochez cette case si vous demandez une évaluation pour un jeune enfant à probabilité accrue de présenter des difficultés dans son développement socio-communicatif (<18 mois)

**Outils de dépistage / diagnostic déjà utilisés et observations pertinentes :**

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

Existe-t-il un traitement ou une aide psychopédagogique en cours (par exemple, psychothérapie, logopédie, ergothérapie, psychomotricité, centre de jour, etc.) ?

Oui     Non

Si **oui**, le(s) quel(s), et avec quel(s) intervenant(s) ?

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

Est-ce qu'un diagnostic formel (DSM-IV, CIM-10) ou une suspicion de diagnostic a été formulé ?

Oui, préciser le diagnostic.....  
La date du diagnostic .....  
Le lieu .....  
  
 Non

**Coordonnées du Médecin de premier recours :**

Par la présente signature, le pédiatre atteste suite à la mise en vigueur de l'Ordonnance du DFI, que le patient ne bénéficie pas d'une psychothérapie actuellement à sa connaissance

Nom ..... Prénom .....

Profession.....

Tel..... Email.....

Les résultats de l'évaluation seront transmis aux parents au moyen d'un rapport écrit, et avec leur accord au professionnel qui demande l'évaluation au CDEA.

En cas de garde partagée le pédiatre s'est assuré, **préalablement à la présente demande**, de l'accord des deux parents au bilan TDAH. La copie du rapport sera alors adressée aux deux parents

Cette demande doit être adressée par courrier ou par email :

**Consultation pour le Développement de l'Enfant et de l'Adolescent**

**Place du Cirque 2**

**1204 Genève**

**consultation@pole-autisme.ch**