



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

Place du Cirque 2
1204 Genève
T. 022 322 89 21
consultation@pole-autisme.ch

**Évaluation des fonctions exécutives et capacités d'attention
(Bilan TDAH)**

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

Motif du bilan TDAH :

Évaluation ponctuelle ciblée des fonctions exécutives et des capacités d'attention

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

Bilan diagnostic et évaluation de comorbidité associée (trouble de l'humeur, anxiété, etc.)

Indication :

- Le patient a-t-il 6 ans ou plus ?

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 moyen d'un rapport écrit, avec copie aux parents.

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 à l'aide du présent formulaire par email :
eval-attention@pole-autisme.ch