



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

Place du Cirque 2

1204 Genève

T. +41 (0)22 322 89 21

eval-attention@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