



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

**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*

---

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

**Motif de consultation:**

.....  
.....

**Observations cliniques :**

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

**Outils de dépistage / diagnostic déjà utilisés:**

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

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) ?

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

**Coordonnées du professionnel :**      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 à la Consultation 22q11DS.

Cette demande doit être adressée par courrier ou par email :

**Consultation 22q11DS**  
**Place du Cirque 2**  
**1204 Genève**  
**consultation@pole-autisme.ch**