



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

Place du Cirque 2

1204 Genève

T. 022 322 89 21

eval-attention@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<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 du bilan TDAH :**

Évaluation ponctuelle ciblée des fonctions exécutives / capacités d'attention + Bilan diagnostic, ainsi qu'éventuelle évaluation de comorbidités associées (trouble de l'humeur, anxiété, etc.) si pertinent. *Le but d'un tel bilan n'est pas une évaluation pédopsychiatrique générale.*

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.

**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 : .....

**Coordonnées du pédiatre :**

Par la présente signature, le pédiatre atteste suite à la mise en vigueur de l'Ordonnance du DFI, que le patient ne suis aucune psychothérapie à sa connaissance **et joint à ce document, un bon pour une demande de psychothérapie :**

[anordnung\\_psychologische Psychotherapie version 1.0 fr 0.pdf \(psychologie.ch\)](#)

**(nécessaire pour l'évaluation par le psychologue des fonctions exécutives).**

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 enregistrée via le formulaire en ligne ici : <https://pole-autisme.ch/activites/consultation-autisme/centre-de-consultation-specialise-en-autisme/>

En cas de questions sur la procédure, vous pouvez nous contacter à **eval-attention@pole-autisme.ch**