



**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^{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 / 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 \(psychologie.ch\)](http://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 ce qui concerne l'autorité parentale, le pédiatre s'est assuré, **préalablement à la présente demande**, de l'accord des deux parents au bilan. 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**