



ETIQUETTE

Centre du développement de l'enfant Consultation d'évaluation et de suivi des troubles du développement

Formulaire à remplir par un professionnel

Département de l'enfant et
de l'adolescent

Consultation
d'évaluation et
de suivi des
troubles du
développement

Service du développement
et de la croissance

Médecin cheffe de service
Pre HÜPPI Petra

Médecin adjointe
Dre HA-VINH LEUCHTER
Russia

Service de psychiatrie de
l'enfant et de l'adolescent

Médecin adjoint
responsable d'unité
Dr HENTSCH François

Service des spécialités
pédiatriques

Médecin adjoint agrégé
Unité de neuropédiatrie
Dr FLUSS Joël

Demande d'évaluation
Demande de suivi
Demande adressée au Dr (facultatif).....

Informations concernant le patient

Nom	.....	Prénom	.....
Date de naissance/...../.....		
Parents			
Père	.....	
Mère	.....	
Adresse	.....	
E-mail*@.....		
NPA	.....	Lieu	.....
Téléphone*	.....	
Assurance maladie	.....	
Numéro d'assuré	.....	
Numéro AVS	.....	
Prise en charge AI	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Si oui, N° AI	.....	
Langue(s) de l'enfant	.....	
Langue(s) des parents	.....	

Motif de consultation :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Département de l'enfant et
de l'adolescent

**Consultation
d'évaluation et
de suivi des
troubles du
développement**

Service du développement
et de la croissance

Médecin cheffe de service
Pre HÛPPI Petra

Médecin adjointe
Dre HA-VINH LEUCHTER
Russia

Service de psychiatrie de
l'enfant et de l'adolescent

Médecin adjoint
responsable d'unité
Dr HENTSCH François

Service des spécialités
pédiatriques

Médecin adjoint agrégé
Unité de neuropédiatrie
Dr FLUSS Joël

Observations cliniques principales (et/ou joindre courrier détaillé si disponible) :

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

Bilans déjà effectués ou bilans déjà prévus (merci de joindre tous les bilans déjà effectués) :

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

Traitement ou prise en charge en cours (par exemple médicament, psychothérapie, logopédie, physiothérapie, ergothérapie, psychomotricité, centre de jour, etc) :

oui non

Si **oui**, traitement et nom des thérapeutes :

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

Diagnostic (DSM V et/ou CIM 10)

oui, préciser les diagnostics :

.....

non

Formulé aux parents : oui non



Rue Willy-Donzé 6
CH – 1211 Genève 14

Département de l'enfant et
de l'adolescent

**Consultation
d'évaluation et
de suivi des
troubles du
développement**

Service du développement
et de la croissance

Médecin cheffe de service
Pre HÜPPI Petra

Médecin adjointe
Dre HA-VINH LEUCHTER
Russia

Service de psychiatrie de
l'enfant et de l'adolescent

Médecin adjoint
responsable d'unité
Dr HENTSCH François

Service des spécialités
pédiatriques

Médecin adjoint agrégé
Unité de neuropédiatrie
Dr FLUSS Joël

Autre / remarque

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

Professionnel requérant :

Nom du médecin / professionnel :

Adresse :

Numéro de téléphone :

E-mail :

Date : Signature :