

FORMULAIRE DE DEMANDE DE CONSULTATION CENTRE CORAIL			
Date de la demande			
Médecin demandeur			
Nom, prénom			
Téléphone			
Mail			
Pédiatre traitant		Identique au médecin demandeur	<input type="checkbox"/>
<i>Si autre</i> Nom, prénom		Autre	<input type="checkbox"/>
Téléphone/mail			
Type de patient			
Nouveau patient centre CORAIL		<input type="checkbox"/>	
Patient déjà enregistré aux HUG/DFEA		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Patient			
Nom			
Prénom			
Date de naissance			
Sexe		Féminin <input type="checkbox"/>	Masculin <input type="checkbox"/>
		I <input type="checkbox"/>	
Coordonnées des parents/répondant(s)		Parent 1	Parent 2
Nom			
Téléphone			
Email			
Langue maternelle			
Institution/Ecole		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Nom			
Réfèrent infirmier/éducateur			
Téléphone/mail			
Assurance Invalidité - AI			
Assurance Invalidité - AI		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
		En cours <input type="checkbox"/>	
		Si invalidité, n° OIC	
Renseignements médicaux			
Diagnostic(s) ou problème(s) principal(aux) nécessitant la prise en charge			
Motifs de consultation (questions, besoins, ...)			
Moyens auxiliaires (fauteuil/appareils auditifs/etc...)			
Traitement habituel/médicament(s)			
Communication		Parle oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Moyens auxiliaires de communication oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, lesquels? (tablette, pictogrammes,...)
		Comprend oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
		Langue des signes oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Autres éléments importants			
Interprète nécessaire		oui <input type="checkbox"/>	Langue
Autres remarques			