




Formulaire de demande pour la Consultation Spécialisée du Développement en Pédopsychiatrie (CSD-P) du SUPEA


Administration :

 Patient
Nom : Prénom :
Date de naissance :
Numéro de téléphone de contact :

 Parents :
Nom : Prénom :
Adresse :


Nom : Prénom :
Adresse :


 Demandeur :
Nom : Prénom :
Fonction :
Numéro de téléphone :


 Pédiatre / Médecin traitant (si autre que demandeur) :
Nom : Prénom :
Numéro de téléphone :


A noter que le pédiatre doit avoir été averti de la démarche d'investigation.


Environnement :


 Besoin d'interprète : oui non


 Langue : Nom du contact :


 Requérant d'asile : oui non Permis de séjour :

 Autorité parentale : Père mère les deux

 Chacun des détenteurs de l'autorité parentale a donné son accord pour une évaluation à la CSD-P

 Droit de garde :

 DGEJ : oui non Nom du contact :

 Patient au bénéfice de l'AI oui non

Demande :

- ✚ Motif de la demande :
.....
.....
- ✚ Historique des difficultés :
.....
.....
- ✚ Impact sur le fonctionnement du jeune et de la famille :
.....
- ✚ Quel est l'avis des parents concernant cette demande d'évaluation ? :
.....
- ✚ Evaluations / Suivis thérapeutiques actuels et antérieurs.
Bilans, évaluations et rapports de suivis à mettre en annexe.
.....
.....
.....
- ✚ Prérequis à la consultation : bilan cognitif de base (WPPSI-IV / WISC-V) déjà effectué.
Résultats détaillés du bilan cognitif (QIT, notes d'indices et de subtests) à mettre en annexe

Anamnèse scolaire:

- ✚ Ecole :
- ✚ Niveau scolaire :
- ✚ Parcours et soutiens scolaires :
.....

Anamnèse personnelle et familiale:

- ✚ Anamnèse développementale connue
.....
.....
.....
.....
.....
- ✚ Anamnèse familiale connue
.....
.....
.....
.....



Cellule d'orientation ambulatoire SUPEA-STSA

Tél: +41 21 314 44 35

supea.orientation.cgs.stsa@chuv.ch

Anamnèse médicale :

✚ Anamnèse médicale connue

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

✚ Médication actuelle et antérieure:

.....
.....

✚ Diagnostics retenus

.....
.....

Questions à la CSD-P :

✚
.....
.....
.....

✚ Chaque détenteur de l'autorité parentale donne son accord pour que la CSD-P contacte les professionnels du réseau de l'enfant concerné ? oui non

Formulaire à retourner par mail à l'adresse :
cora@chuv.ch
ou par poste à l'adresse figurant dans l'en-tête.