



Date de naissance Année Mois Jour			N° de dossier
N° d'assurance maladie			
Nom à la naissance		Prénom	
Adresse			
Ville	Code postal	N° de téléphone	
Nom de la mère		Prénom de la mère	
Nom du père		Prénom du père	

INSTALLATION : _____

COMPTE RENDU - CONSULTATION MÉDICALE
DÉMARCHE CONCERTÉE TDAH

DATE

Année	Mois	Jour
-------	------	------

Consignes d'utilisation du formulaire

Partie A : À remplir et signer par le professionnel initiateur et envoyer avec le formulaire *Collecte de données - Démarche concertée TDAH* ou le formulaire *Fiche de suivi de l'évolution du jeune - Démarche concertée TDAH*.

Partie B : À remplir (recto-verso) par le médecin et retourner après la consultation au professionnel initiateur identifié à la partie A.

PARTIE A À REMPLIR PAR LE PROFESSIONNEL INITIATEUR

Identification du professionnel initiateur

Nom :	Titre d'emploi :	
Lieu de travail (nom et adresse) :		
Téléphone :	Poste :	Télécopieur :
Mode de communication souhaité: <input type="checkbox"/> Courrier <input type="checkbox"/> Télécopie		
Signature :		

PARTIE B À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

Identification du médecin

Nom :		
Lieu de travail (nom et adresse) :		
Téléphone :	Poste :	Télécopieur :
Mode de communication souhaité: <input type="checkbox"/> Courrier <input type="checkbox"/> Télécopie		

FDCU-TDAH-002

Nom de l'utilisateur : _____

N° dossier : _____

DIAGNOSTIC

TDAH :	<input type="checkbox"/> Type mixte	<input type="checkbox"/> Type inattention prédominante	<input type="checkbox"/> Type hyperactivité-impulsivité prédominante	<input type="checkbox"/> Type non spécifié
---------------	-------------------------------------	--	--	--

Comorbidité :

Autres :

TRAITEMENT

Aucun

<input type="checkbox"/> Médication :	Posologie :
_____	_____
_____	_____
_____	_____

RÉFÉRENCES

Aucune

		Suggérée aux parents	Transmise
<input type="checkbox"/> Médicale	Médecin de famille spécialiste TDAH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pédiatre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Autre(s) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Professionnelle (tests complémentaires)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Professionnelle (soutien aux parents)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires sur les motifs de références:

SUIVI

Prochain rendez-vous prévu le :	Date	Année	Mois	Jour
Fiche de suivi de l'évolution du jeune en lien avec la démarche concertée TDAH requis pour le :	Date	Année	Mois	Jour

Signature du médecin	N° de permis	Date	Année	Mois	Jour
----------------------	--------------	------	-------	------	------