



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 : \_\_\_\_\_

**FICHE DE SUIVI DE L'ÉVOLUTION DU JEUNE**  
DÉMARCHE CONCERTÉE TDAH

DATE

Année	Mois	Jour
-------	------	------

**CONSIGNES D'UTILISATION DU FORMULAIRE**

À remplir avant le rendez-vous du suivi médical par les professionnels du milieu scolaire ou du réseau de la santé et des services sociaux et faire parvenir au médecin traitant du jeune.

**Vous devez annexer les documents suivants au présent formulaire :**

- Autorisation interétablissements de communiquer des renseignements signée par l'utilisateur ou son représentant légal
- Compte rendu - consultation médicale - Démarche concertée TDAH

**Vous pouvez également annexer des documents complémentaires (seulement si spécifié et autorisé par l'utilisateur):**

- Notes de l'enseignant       Questionnaire de contrôle (à la discrétion du professionnel)
- Rapport professionnel       Autre(s) :

**SUIVI DE L'ÉVOLUTION DU JEUNE DEPUIS LE DERNIER RENDEZ-VOUS**

**Scolaire**     Stable     Amélioration     Détérioration

Précisions :

**Familial**     Stable     Amélioration     Détérioration

Précisions :

FDCU-TDAH-003

Signature	Nom en caractère d'imprimerie	Titre/fonction	Date
-----------	-------------------------------	----------------	------