



- HME HGM HRV
 MCH MGH RVH
 HNM ITM CL
 MNH MCI LC

Hôpital de Montréal pour enfants

Cerveau-Développement-Comportement (CDC) Formulaire pour demande de consultation centralisée

1001, boul. Décarie, Salle A04-3140
Montréal, Québec, H4A 3J1

Téléphone: (514) 412-4496
Télécopieur: (514) 412-4136 Courriel: bdbci@muhc.mcgill.ca

Information du patient (en lettres moulés):

Date de naissance : mm/jj/aaaa		No dossier HME :
Nom de famille, Prénom		
Adresse	Ville, Province	Code Postal
No de téléphone résidentiel		Autre no de téléphone
Courriel		
Langue		
Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre : _____		Besoin d'interprète <input type="checkbox"/>

Date de demande (aaaa/MM/jj) :

Décrivez les raisons pour consultation :

Veillez inclure toutes autres informations sur une autre page.

Cochez tout ce qui s'applique :

Inquiétudes développementales (0-5 ans seulement)

- 1- Cet enfant accuse un retard de motricité fine et/ou grossière
- 2- L'enfant a un examen moteur anormal (spécifiez) :
- prévalence manuelle en bas âge spasticité
 - faiblesse faiblesse avec hypotonie
 - autre: _____
- 3- L'enfant présente un retard de langage et/ou de la parole
- 4- L'enfant a des difficultés marquées au niveau du comportement et des carences émotionnelles
Préciser: _____
- 5- L'enfant nécessite une évaluation du trouble du spectre de l'autisme (TSA) et/ou un TSA est soupçonné pour les raisons suivantes
- difficultés sociales importantes
 - difficultés communicationnelles
 - comportement/jeu atypique
- Nous avons informé les parents que la présence d'un TSA est soupçonnée.

Demande pour évaluation auditive seulement

- Les parents soupçonnent une perte auditive
- L'enfant a échoué un test de dépistage ou audiologique dans un autre centre. Précisez: _____
- L'enfant présente un facteur de risque de déficience auditive :
- Histoire familiale de surdité
 - Anomalie cranio-faciales
 - Médication ototoxique
 - Toute condition médicale associée à une déficience auditive.
 - Méningite
 - Précisez: _____
 - Complications néo-natales
 - Autre: _____
- Histoire d'otites moyennes
- Évaluation des troubles de traitement auditif/traitement centrale a été recommandé

Indicateurs de risques

- L'enfant a été hospitalisé aux soins néonataux intensifs
- Une histoire familiale de déficience intellectuelle, d'autisme ou de paralysie cérébrale chez ses proches (1^{er} degré de parenté ou fratrie des parents)
- Cet enfant présente une microcéphalie/macrocéphalie
- L'enfant présente des dysmorphies
- L'enfant a eu des convulsions non-fébriles
- L'enfant accuse un retard sévère (ex : habiletés développementales et/ou fonctionnelles à un niveau moindre que le tiers de son âge chronologique)
- Avec le temps, cet enfant a perdu des habiletés développementales déjà acquises (i.e. : régression développementale)
- Autre : _____

Médecin requérant :

Nom du médecin (en lettres moulés) :	No Permis :
Adresse :	
No de téléphone :	No de télécopieur :
Consentement obtenu des parents du patient pour envoyer la demande <input type="checkbox"/>	Signature :