



- 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

Date de demande (aaaa/MM/jj) :

Décrivez les raisons pour consultation :

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

Médecin requérant :

Nom du médecin (en lettres moulés) :

N° Permis :

Adresse :

N° de téléphone :

N° de télécopieur :

Consentement obtenu des parents du patient pour envoyer la demande

Signature :

Information du patient (en lettres moulés):

Date de naissance :

N° dossier HME :

Nom de famille, Prénom

Adresse

Ville, Province

Code Postal

N° de téléphone résidentiel

Autre n° de téléphone

Courriel

Langue

Français

Anglais

Autre : _____

Besoin d'interprète