**DEMANDE D’EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE**

Ces informations sont destinées au médecin conseil de l’assurance de base du patient

Patient

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

N° de téléphone :

Adresse e-mail :

Assurance de base :

N° de carte d’assurance maladie :

responsable légal (nom complet)

Parent 1 :

et / ou

Parent 2 :

Ou curateur  :

Adresse du responsable légal :

N° de téléphone  :

Adresse e-mail :

**Coordonnées du médecin envoyeur (nom – prénom – adresse – np ville – no rcc) :**

**Situation actuelle du patient sur le plan socio-professionnel :**

**Plaintes du patient/observations du médecin :**

**Histoire médicale et développementale (éléments principaux pertinents pour la demande) :**

**Bilans/examens antérieurs**(documents à joindre à la demande SVP !) **:**

Neuropsychologie

Neurologie, radiologie cérébrale (IRM, scanner)

Psychologie

Logopédie

Ergothérapie / psychomotricité

Ophtalmologie / orthoptie

ORL

**Motif de l’investigation :**

Suspicion d’un trouble neurodéveloppemental

Trouble de l’attention et/ou hyperactivité (TDA/H)

Trouble du spectre autistique

Déficience intellectuelle

Evaluation du fonctionnement cognitif global (QI)

Suspicion de troubles cognitifs liés à un trouble psychiatrique (dépression, anxiété, trouble de la personnalité, trouble psychotique… etc.)

Suspicion de troubles cognitifs liés à un trouble acquis (TCC, tumeurs, épilepsie…etc.)

**Date : Signature et timbre du médecin envoyeur :**