Réservé à l'administration

ID du client [aaaa/XXXX] _____

Date d'ouverture [jj/mm/aaaa] _____

Date de fermeture [jj/mm/aaaa] _____

CONSULTATION EN NEUROPSYCHOLOGIE

Veuillez télécharger le formulaire pour le remplir.

CLIENT

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance [jj/mm/aaaa] _____ Âge _____

PARENTS

MÈRE

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Téléphone Dom. _____ Trav. _____ Cell. _____

Courriel _____

PÈRE

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Téléphone Dom. _____ Trav. _____ Cell. _____

Courriel _____

Motif(s) de la demande de consultation

Indiquez pourquoi vous demandez une consultation en neuropsychologie. Éventuellement, précisez qui vous réfère à la Clinique NeuroPsy de Vinci.

- ☐ Déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
- ☐ Troubles de l'apprentissage
- ☐ Troubles du langage
- ☐ Trouble développemental de la coordination motrice
- ☐ Trouble du spectre de l'autisme (TSA)
- ☐ Syndrome de Gilles de la Tourette
- ☐ Autre *(précisez)* :

© Neuro Psy de Vinci, 2021

Évaluations antérieures *

Professionnel(le) Nom	Domaine	Date [jj/mm/aaaa]

*** Joindre tous les rapports disponibles.**

Suivis antérieurs

Professionnel(le) Nom	Domaine	Téléphone	Dates [jj/mm/aaaa] de	à

Pour les rendez-vous d'évaluation en neuropsychologie, vous souhaitez rencontrer :

- ☐ Cindy BLOUIN, M.Ps.
- ☐ Catherine DUMONT, Ph.D.
- ☐ Caroline HAMEL, Ph.D.
- ☐ Aucune préférence

Remplissez et sauvegardez le formulaire, puis retournez-le à info@neuropsydevinci.com, accompagné de tous les documents jugés pertinents, tels que les rapports antérieurs.