

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 \_\_\_\_\_  
 École fréquentée \_\_\_\_\_ Niveau \_\_\_\_\_

### 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

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité  | <input type="checkbox"/> Syndrome de Gilles de la Tourette     |
| <input type="checkbox"/> Troubles d'apprentissage, veuillez préciser :      | <input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme (TSA) |
| <input type="checkbox"/> Lecture  | Est-ce qu'un intervenant a soulevé cette hypothèse? _____      |
| <input type="checkbox"/> Écriture   |  |
| <input type="checkbox"/> Mathématique                                       |  |
| <input type="checkbox"/> Trouble du langage                                 | <input type="checkbox"/> Autre ( <i>précisez</i> ) :           |
| <input type="checkbox"/> Trouble développemental de la coordination motrice |  |

## Évaluations antérieures \*

| Professionnel(le)<br>Nom | Domaine | Date [jj/mm/aaaa] |
|--------------------------|---------|-------------------|
| _____                    | _____   | _____             |
| _____                    | _____   | _____             |
| _____                    | _____   | _____             |
| _____                    | _____   | _____             |

\* Joindre tous les rapports disponibles.

## Suivis antérieurs

| Professionnel(le)<br>Nom | Domaine | Date [jj/mm/aaaa] |
|--------------------------|---------|-------------------|
| _____                    | _____   | _____             |
| _____                    | _____   | _____             |
| _____                    | _____   | _____             |
| _____                    | _____   | _____             |

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

- Dre Cindy BLOUIN
- Dre Catherine DUMONT
- Dre Caroline HAMEL
- Aucune préférence

Remplissez et sauvegardez le formulaire, puis retournez-le à [info@neuropsychdevinci.com](mailto:info@neuropsychdevinci.com), accompagné de tous les documents jugés pertinents, tels que les rapports antérieurs.