

## DEMANDE DE TELEEXPERTISE en NEUROLOGIE PEDIATRIQUE

### FORMULAIRE DEMANDEUR

#### Informations patient

**NOM Prénom\*** :

**Né(e) le\*** :

**Lieu de naissance\*** :

**Sexe\*** :

**Numéro sécurité sociale\*** :

Régime assurance maladie\* :

Qualité du bénéficiaire\* :

NIR bénéficiaire (si différent assuré) :

**Téléphone patient :**

**E-mail patient :**

**Provenance patient :** Domicile ou structure

**Adresse postale :**

**Consentement à l'acte de télémédecine :**  Oui  Non

**Commentaire :**

Les champs marqués d'une \* sont nécessaires pour la facturation

#### Professionnel de santé adresseur

**Le requérant est le médecin adresseur :**  Oui  Non

**Prénom Nom :**

**RPPS :**

**Etablissement :**

#### Demande

**Patient connu du service de pédiatrie ?**  Oui  Non

**Motif de la demande :**

- Epileptologie
- Céphalées
- Mouvements anormaux
- Maladies neuro-inflammatoires (encéphalites, Guillain Barré)
- Maladies neuro-musculaires
- Malformation cérébrale
- Accident Vasculaire Cérébral
- Retard / régression de développement psychomoteur
- Trouble du spectre autistique
- Troubles des apprentissages
- Troubles du sommeil
- TDAH
- Autre

**Détail de la demande :****Histoire de la maladie (histoire clinique, plaintes fonctionnelles, ...) :****Antécédents familiaux notables :**

- Maladie auto-immune ou inflammatoire
- Maladie génétique / consanguinité
- Maladie neuro-musculaire
- Epilepsie
- Trouble du neurodéveloppement
- Autre :

**Antécédents personnels / Allergies :****Antécédents chirurgicaux :****Antécédents médicaux (dont maladies neurodéveloppementales) :****Traitements chroniques :**

- Antiépileptiques
- Antalgiques
- Xénazine/Artane

**Autres** (traitement pour la constipation, suppléments vitaminiques... ?) :

**Alimentation** :  Per os     Gastrostomie

**Croissance** :

**Poids (kg)** :                      **Taille (cm)** :

**IMC** :

**Périmètre crânien (en cm)** :

**Examens complémentaires : Merci de joindre les comptes rendus :**

- Bilan biologique sanguin
- Ponction lombaire
- Virus respiratoire
- Virologie des selles
- Bilan radiologique
- EEG

**Commentaires** :

**Traitements déjà administrés ?**

**Pièce(s) jointe(s) au formulaire** :  Oui     Non

**Si la demande est complète, valider et signer :**