

## Hôpital Robert-Debré AP-HP

Code FINESS 75803454  
48 boulevard Sérurier  
75935 PARIS Cedex 19

CLINIQUE DE LA MIGRAINE  
ET DES PATHOLOGIES  
NEUROVASCULAIRES DE L'ENFANT

### DEMANDE DE PREMIERE CONSULTATION

**Responsable**  
Dr Luigi TITOMANLIO, PH

*A remplir par le Médecin*

**Médecins**  
Dr Florin COLCER, Assistant  
Spécialiste  
Dr Silvia ROMANELLO, Attachée  
Dr Lynda SAM, Attachée

Date de la demande : .....

**Psychologues**  
Mme Honorine DELIVET

Nom du Médecin : ..... Tél. : .....

Adresse : .....

N° RPPS : .....

**Secrétariat**  
Mme Michèle HABIB  
Tél : 0140.03.36.31  
Fax : 01.40.03.47.44  
Mail : [hdj.migraine@rdb.aphp.fr](mailto:hdj.migraine@rdb.aphp.fr)

**Etat civil du patient :**

Nom de l'enfant : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Nom de la mère : .....

Adresse : .....

Téléphone domicile : .....

Téléphone portable : .....

Mail des parents :

**Motif de la consultation :**

Doute sur le diagnostic

Pathologie rare

Inefficacité des traitements

Deuxième avis

**Précisions complémentaires :**

Céphalées depuis : .....

Fréquence des épisodes : .....

Intensité des épisodes : .....

Durée moyenne des épisodes : .....

Traitements essayés ou en cours : .....

**Description des céphalées :**

.....  
.....  
.....  
.....

**Localisation des céphalées :** .....

**Examens déjà réalisés :**

IRM réalisée le : .....

Résultat : .....  
*SCANNER réalisé le :* .....  
*Résultat* .....  
*Autres examens le :* .....  
Résultat : .....