Hôpitaux Universitaires Genève

**Département de réadaptation et gériatrie**
**Service de gériatrie**
**Centre de la Mémoire**
6, Rue Gabrielle-Perret-Gentil, 1205 Genève
*Directeur du Centre :* Pr. G.B. Frisoni - *Chef de Service et de Département :* Pr. C. Graf
**Tél : 022 372 58 00 – Fax : 022 372 58 15 – E-mail : consultation-memoire@hcuge.ch**

# DEMANDE D'ÉVALUATION

***Champs obligatoires**

| ***COORDONNÉES DU PATIENT** | |
|---|---|
| Nom : | Prénom : |
| Né(e) le : | N° de téléphone : |
| Adresse : | |
| Email : | |
| Lieu de vie actuel : ☐ Domicile ☐ EMS/autre établissement ☐ Autre : | |
| Assurance : ☐ Suisse ☐ Etrangère ☐ Pas d'assurance | |

| ***DEMANDE URGENTE** | |
|---|---|
| ☐ **Non** | ☐ **Oui**, précisez le motif svp : . . . . . |

| ***COORDONNÉES DE LA PERSONNE QUI RÉDIGE CETTE DEMANDE** | |
|---|---|
| ☐ **Médecin** | ☐ Médecin traitant ☐ Psychiatre ☐ Autre médecin |
| | Nom, prénom : |
| | N° de téléphone : |
| | Email : |
| ☐ **Proche** | Nom, prénom : |
| | Lien de parenté *(conjoint, enfant, etc.)* : |
| | N° de téléphone : |
| | Email : |
| ☐ **Patient lui-même** | |

| ***PERSONNE À CONTACTER POUR LA PRISE DE RENDEZ-VOUS** | |
|---|---|
| ☐ **Patient lui-même** | |
| ☐ **Proche** | Nom, prénom : |
| | Lien de parenté *(conjoint, enfant, etc.)* : |
| | N° de téléphone : |
| | Email : |

| ***EXAMENS PRÉALABLEMENT EFFECTUÉS. Documents à joindre à la demande, si disponibles.** |
|---|
| ☐ **Bilan sanguin** *(y compris B12, folates,calcémie et TSH)* |
| ☐ **Neuroimagerie** *(En l'absence de neuroimagerie, merci de ne pas prescrire cet examen, car nous préférons le réaliser nous-même en utilisant un protocole optimisé. En tout cas, veuillez prendre note que l'IRM cérébrale pour troubles cognitifs doit être effectuée sans injection).* |

Hôpitaux Universitaires Genève

**Département de réadaptation et gériatrie**
**Service de gériatrie**
**Centre de la Mémoire**
6, Rue Gabrielle-Perret-Gentil, 1205 Genève
*Directeur du Centre :* Pr. G.B. Frisoni - *Chef de Service et de Département :* Pr. C. Graf
**Tél : 022 372 58 00 – Fax : 022 372 58 15 – E-mail : consultation-memoire@hcuge.ch**

| *BILAN COGNITIF PRÉALABLEMENT EFFECTUÉ | |
|---|---|
| ☐ **Non** | ☐ **Oui**, au Centre de la Mémoire, précisez svp la date : . . . . . .<br>☐ **Oui**, ailleurs, précisez svp le lieu et la date *(joindre le rapport et les résultats aux tests svp)* : . . . . . |

| PROFIL DU PATIENT |
|---|
| ☐ Pas de trouble mnésique/cognitif, mais le patient souhaite réaliser un bilan de contrôle |
| ☐ Troubles mnésiques et/ou cognitifs, qui inquiètent :<br>☐ le patient ☐ le(s) proche(s) ☐ le médecin traitant |
| ☐ Trouble anxieux et/ou dépressif sévère |
| ☐ Autre trouble psychiatrique flagrant ou détecté, précisez svp *(par ex. psychose, trouble bipolaire, de l'adaptation, de la personnalité, abus de substance ou dépendances, etc.)* :<br>. . . . . .<br>. . . . . |
| ☐ Autres maladies avec un impact significatif sur la santé, précisez svp : . . . . . .<br>. . . . . .<br>. . . . . .<br>. . . . . |

| MOTIF DE LA DEMANDE |
|---|
| ☐ Premier bilan cognitif |
| ☐ Deuxième avis |
| ☐ Bilan cognitif de suivi |
| ☐ Suivi psychologique pour ☐ le patient ☐ le(s) proche(s) |
| ☐ Aptitude à la conduite automobile *(joindre tout document pertinent)* |
| ☐ Evaluation des troubles cognitifs impactant la capacité de discernement *(Veuillez noter que nous ne réalisons pas d'expertises légales et que nous sommes liés au secret professionnel)* :<br>. . . . . .<br>. . . . . |
| ☐ Participation à essais cliniques avec médicaments expérimentaux |
| ☐ Autre motif, précisez svp : . . . . . .<br>. . . . . .<br>. . . . . |

| AUTRES RENSEIGNEMENTS UTILES | |
|---|---|
| **Maîtrise du français :** | ☐ Suffisante pour un dialogue clinique |
| | ☐ Insuffisante. Interprète souhaité, précisez la langue svp :<br>. . . . . |
| **Education :** | ☐ Analphabétisme/illettrisme ☐ Moins de 5 ans d'école<br>☐ Scolarité obligatoire/CFC ☐ Maturité, hautes écoles, université |

Hôpitaux Universitaires Genève

**Département de réadaptation et gériatrie**
**Service de gériatrie**
**Centre de la Mémoire**
6, Rue Gabrielle-Perret-Gentil, 1205 Genève
*Directeur du Centre :* Pr. G.B. Frisoni - *Chef de Service et de Département :* Pr. C. Graf
**Tél : 022 372 58 00 – Fax : 022 372 58 15 – E-mail : consultation-memoire@hcuge.ch**

# VEUILLEZ TRANSMETTRE VOTRE DEMANDE D'ÉVALUATION :

- ***Par fax*** : 022 372 58 15
- ***Par courrier postal*** : Centre de la Mémoire, 6 rue Gabrielle-Perret-Gentil, 1205 Genève

# PROCÉDURES DÈS LA RÉCEPTION DE LA DEMANDE

- La personne à contacter pour la prise de rendez-vous sera appelée par le secrétariat. Si la personne de contact ne répond pas après trois tentatives, la personne ayant rédigé la demande sera informée et le dossier sera clôturé. Pour ouvrir à nouveau le dossier nous devrons recevoir une nouvelle demande.
- Tout rendez-vous manqué non justifié sera facturé.
- Après deux rendez-vous manqués, la personne ayant rédigé la demande sera informée et le dossier sera clôturé.

# RAPPEL

Pour une prise en charge optimale du patient, nous rappelons que les ordonnances de médicaments somatiques et psychotropes devront normalement être effectuées par le médecin traitant ou le médecin demandeur en charge du patient.

# NOTE

Le Centre de la Mémoire des Hôpitaux Universitaires de Genève est un centre clinique universitaire. Nous traitons les troubles cognitifs au plus haut niveau des connaissances cliniques et scientifiques actuelles. Nous nous engageons activement dans la recherche, il est donc possible que nous recontactions nos patients pour leur proposer de participer à nos études. Renseignements disponibles sur www.hug-ge.ch/geriatrie/video-alzheimer.