**DOMANDA DI VALUTAZIONE**

**\* Campo obbligatorio**

|  |  |
| --- | --- |
| **\*DATI DEL PAZIENTE** | |
| Cognome : | Nome : |
| Data di nascita : | Numero di telefono : |
| Indirizzo : | |
| Email : | |
| Luogo di vita attuale:⃝ Domicilio ⃝ Residenza per anziani/altra istituzione  ⃝ Altro : | |
| Assicurazione : ⃝ Svizzera ⃝ Straniera o nessuna assicurazione privata | |

|  |  |
| --- | --- |
| **\*RICHIESTA URGENTE** | |
| ⃝ **No** | ⃝ **Si**, specificare : |

|  |  |
| --- | --- |
| **\*DATI DELLA PERSONA CHE RICHIEDE LA VALUTAZIONE** | |
| ⃝ **Medico** | ⃝ Medico curante ⃝ Altro medico |
| Nome completo : |
| Numero di telefono : |
| Email : |
| ⃝ **Familiare/**  **conoscente** | Nome completo : |
| Relazione *(marito, figlio, ecc.)* : |
| Numero di telefono : |
| Email : |
| ⃝ **Paziente stesso** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **\* DATI DELLA PERSONA DA CONTATTARE PER GLI APPUNTAMENTI** | |
| ⃝ **Paziente stesso** | |
| ⃝ **Familiare/**  **conoscente** | Nome completo : |
| Relazione *(marito, figlio, ecc.)* : |
| Numero di telefono : |
| Email : |

|  |  |
| --- | --- |
| **\*PRECEDENTE VALUTAZIONE COGNITIVA** | |
| **⃝ Mai effetuata** | **⃝ Si**, al Centro della Memoria specificare la data :  **⃝ Si**, altrove, specificare il luogo e la data : |

|  |
| --- |
| **\*ESAMI GIÀ EFFETUATI. Documenti da allegare alla domanda, se disponibili.** |
| ⃝ **Esame del sangue** *(compresi B12, acido folico, calcemia e TSH)*  ⃝ **Neuroimaging** *(in assenza di neuroimaging, per favore non prescrivere questo esame perchè preferiamo*  *farlo usando una nostra procedura standardizzata)*  ⃝ **Precedenti tests cognitivi/valutazione neuropsicologica** *(compresi rapporti e risultati dei tests)* |
| **CRITERI PER UNA PERSONA AD ALTO RISCHIO PER IL NUOVO CORONAVIRUS** |
| **Per rispondere più rapidamente alla vostra richiesta e facilitare l’assistenza medicale presso il Centro, si prega di selezionare le caselle dei fattori di rischio presenti.**  **Il paziente**⃝ **è stato positivo al Covid-19**  **⃝ ha più di 65 anni**  **⃝ è affetto da alcune malattie :** ⃝ ipertesione sanguigna ⃝ diabete  ⃝ malattie cardiovasculari ⃝ malattie respiratorie croniche  ⃝ immunodeficienza da malattie, farmaci o neoplasie |
|  |
| **PROFILO DEL PAZIENTE** |
| ⃝ Nessun disturbo di memoria e/o cognitivo, il paziente desidera eseguire un controllo  ⃝ Disturbo di memoria e/o cognitivo che preoccupa : ⃝ i paziente  ⃝ i familiari o vicini  ⃝ il medico (curante)  ⃝ Malattia cerebrovascolare *(TCC, ictus, … )*  ⃝ Sospetto di ritardo mentale o bassa efficienza intellettuale  ⃝ Ansia e/o depressione flagrante  ⃝ Disturbo psichiatrico flagrante o rilevante, si prega di specificare *(schizofrenia, psicosi,*  *disturbo dell’umore o bipolare, adattamento, personalità, abuso di sostanze o dipendenze,… )* :  ⃝ Altre malattie conosciute, specificare : |
|  |
| **MOTIVO DELLA DOMANDA** |
| **⃝ Prima valutazione cognitiva**  **⃝ Seconda opinione**  **⃝ Visita di controllo con valutazione cognitiva**  **⃝ Consulenza o terapia psicologica per ⃝ il paziente ⃝ i familiari o conoscenti**  **Diagnosi e trattamento :**  ⃝ Capacità di guidare *(allegare eventuali documenti pertinenti).*  ⃝ Efficienza intellettuale ⃝ senza stima del QI ⃝ con stima del QI  ⃝ Capacità di discernimento, specificare una situazione concreta per favore *(si prega di notare che non effettuiamo consulenze medico-legali e che siamo tenuti al segreto professionale)*:  ⃝ Participazione a una sperimentazione clinica *(con farmaci sperimentali)*  ⃝ Altro motivo, specificare : |

|  |
| --- |
| **ALTRE INFORMAZIONI UTILI** |
| **Padronanza del italiano :** ⃝ Sufficiente per un dialogo clinico  ⃝ Insufficiente, necessario traduttore. Specificare la lingua :  **Livello di scolarizzazione :**  ⃝ Istruzione primaria (o elementare) compiuta  ⃝ Meno di 5 anni di scuola ⃝ Analfabetismo |

**PROCEDURE SUL RICEVIMENTO DELLA DOMANDA**

* La persona da contattare per gli appuntamenti verrà contattata dal segretariato per l’organizzazione dell’appuntamento. In mancanza di risposta dopo tre tentativi, verrà inviata una lettera per comunicare il mancato contatto e la domanda verrà archivata. Per dare seguito alla domanda, il richiedente dovrà contattarci per riaprire la pratica.
* Gli appuntamenti fissati e non onorati saranno fatturati.
* Dopo due appuntamenti non onorati, verrà inviata comunicazione alla persona richiedente la valutazione e la domanda verrà archivata.

***Si prega di inviare la domanda di valutazione :***

* ***via fax a*** 022 372 58 15 oppure
* ***per posta a*** Hôpitaux Universitaires de Genève, Centre de la Mémoire, 6 rue Gabrielle-Perret-Gentil, 1211 Genève 14