**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 intellettuale⃝ Ansia e/o depressione flagrante⃝ 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