**\*Champ obligatoireDEMANDE D’ÉVALUATION**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **\*COORDONNÉES DU PATIENT**  Nom : Prénom : | | | | |
|
| Né(e) le : | | | No de téléphone : | |
| Adresse : | | |  | |
| Email : | | | | |
| Lieu de vie actuel : ⃝ Domicile ⃝ EMS/autre établissement ⃝ Autre : | | | | |
| Assurance : | ⃝ Suisse | ⃝ Etrangère ou pas d’assurance | |  |

**\*DEMANDE URGENTE**

⃝ **Non** ⃝ **Oui**, précisez svp :

|  |  |
| --- | --- |
| **\*COORDONNÉES DE LA PERSONNE QUI RÉDIGE CETTE DEMANDE** | |
| ⃝ **Médecin** | ⃝ Médecin traitant ⃝ Autre médecin |
| Nom, prénom : |
| No de téléphone : |
| Email : |
| ⃝ **Proche** | Nom, prénom : |
| Lien de parenté *(époux, fils, etc.)* : |
| No de téléphone : |
| Email : |
| ⃝ **Patient lui-même** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **\*PERSONNE À CONTACTER POUR LA PRISE DE RENDEZ-VOUS** | |
| ⃝ **Patient lui-même** | |
| ⃝ **Proche** | Nom, prénom : |
| Lien de parenté *(époux, fils, etc.)* : |
| No de téléphone : |
| Email : |

**\*BILAN COGNITIF PRÉALABLEMENT EFFECTUÉ**

**⃝ Jamais ⃝ Oui**, au Centre de la Mémoire, précisez svp la date :

**⃝ Oui**, ailleurs, précisez svp le lieu et la date :

**\*EXAMENS DÉJÀ 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-mêmes en utilisant une procédure standardisée)*

⃝ **Tests cognitifs/bilan neuropsychologique antérieurs** *(y compris rapports et résultats aux tests)*

|  |
| --- |
| **CRITERES DEFINISSANT UNE PERSONNE VULNERABLE AU NOUVEAU CORONAVIRUS** |
| **Afin de répondre plus rapidement à votre demande et faciliter la prise en charge au Centre, veuillez cocher les cases des facteurs de risque présents.**  **Le patient** ⃝ **a été testé positif au Covid-19**  ⃝ **est âgé de plus de 65 ans**  ⃝ **est atteint de certaines maladies:** ⃝ hypertension artérielle ⃝ diabète  ⃝ maladie cardio-vasculaire ⃝ maladies chroniques des voies respiratoires  ⃝ faiblesse immunitaire due à une maladie ou à un traitement ou cancer |

**PROFIL DU PATIENT**

⃝ Pas de trouble mnésique/cognitif, mais le patient souhaite réaliser un bilan de contrôle

⃝ Troubles mnésiques et/ou cognitifs, qui inquiètent : ⃝ le patient

⃝ le(s) proche(s)

⃝ le médecin (traitant)

⃝ Maladie cérébro-vasculaire *(TCC, AVC, … )*

⃝ Suspicion de retard mental ou de faible efficience intellectuelle

⃝ Trouble anxieux et/ou dépressif

⃝ Trouble psychiatrique flagrant ou détecté, précisez svp *(schizophrénie, psychose, trouble de*

*l’humeur ou bipolaire, de l’adaptation, de la personnalité, abus de substance ou dépendances, … )* :

⃝ Autres maladies connues ou autre profil, précisez svp :

**MOTIF DE LA DEMANDE**

**⃝ Premier bilan cognitif**

**⃝ Deuxième avis**

**⃝ Bilan cognitif de suivi**

**⃝ Suivi psychologique pour ⃝ le patient ⃝ le(s) proche(s)**

**Diagnostic et traitement :**

⃝ Aptitude à la conduite automobile *(joindre tout document et/ou courrier pertinent y relatif).*

⃝ Efficience intellectuelle ⃝ sans ⃝ avec estimation du QI

⃝ Capacité de discernement, précisez une situation concrète svp *(veuillez noter que nous ne*

*réalisons pas d’expertises légales et que nous sommes liés au secret professionnel)* :

⃝ Participation à un essai clinique *(avec des médicaments expérimentaux)*

⃝ Autre motif, précisez svp :

**AUTRES RENSEIGNEMENTS UTILES**

**Maîtrise du français :** ⃝ Suffisante pour un dialogue clinique

⃝ Insuffisante. Traducteur souhaité, précisez la langue svp :

**Niveau de scolarisation :** ⃝ Enseignement primaire uniquement

⃝ Moins de 5 ans d’école ⃝ Analphabétisme / illettrisme

**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, un courrier sera envoyé à la personne ayant rédigé la demande et le dossier sera clôturé. Si indiqué, cette dernière devra alors nous recontacter pour re-ouvrir le dossier.
* Tout rendez-vous manqué sera facturé.
* Après deux rendez-vous manqués, une communication sera envoyée à la personne ayant rédigé la demande et le dossier sera clôturé.

***Veuillez transmettre votre demande d’évaluation :***

***Par fax***au 022 372 58 15 ou ***par courrier postal*** aux Hôpitaux Universitaires de Genève, Centre de la Mémoire, 6 rue Gabrielle-Perret-Gentil, 1211 Genève 14