**PEDIDO DE AVALIAÇÃO**

**\*Campo obrigatório**

|  |  |
| --- | --- |
| **\*DADOS DO PACIENTE** | |
| Apelido : | Nome : |
| Nascido em: | No de telefone: |
| Morada: | |
| Correio eletrónico: | |
| Habitação atual :⃝ Domicílio ⃝ EMS/outro estabelecimento ⃝ Outro : | |
| Seguro : ⃝ Suíço ⃝ Estrangeiro ou sem seguro | |

|  |  |
| --- | --- |
| **\*PEDIDO URGENTE** | |
| ⃝ **Não** | ⃝ **Sim**, indicar por favor: |

|  |  |
| --- | --- |
| **\*DADOS DA PESSOA QUE REDIGIU ESTE PEDIDO** | |
| ⃝ **Médico** | ⃝ Médico assistente ⃝ outro médico |
| Apelido, nome : |
| No de telefone : |
| Correio eletrónico : |
| ⃝ **Familiar** | Apelido, nome : |
| Laços de parentesco *(esposo, filho, etc.)* : |
| No de telefone : |
| Correio eletrónico : |
| ⃝ **Próprio paciente** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **\*PESSOA DE CONTACTO PARA MARCAÇÃO** | |
| ⃝ **Próprio paciente** | |
| ⃝ **Familiar** | Apelido, nome : |
| Laços de parentesco *(esposo, filho, etc.)* : |
| No de telefone : |
| Correio eletrónico : |

|  |  |
| --- | --- |
| **\*AVALIAÇÃO COGNITIVA REALIZADA PREVIAMENTE** | |
| **⃝ Nunca** | **⃝ Sim**, no Centre de la Mémoire, indicar por favor a data:  **⃝ Sim**, noutro local, indicar por favor o lugar e a data: |

|  |
| --- |
| **\*EXAMES Já REALIZADOS. Documentos a juntar ao pedido, se disponíveis.** |
| ⃝ **Análises de sangue** *(incluídos B12, folato, cálcio sérico e TSH)*  ⃝ **Neuro imagem** *(em ausência de neuro imagem, preferível não prescrever este exame, porque preferimos realizá-lo nós mesmos usando um procedimento estandardizado)*  ⃝ **Testes cognitivos/avaliação neuropsicologia anteriores** *(incluindo relatórios e resultados aos testes)* |
| **CRITERIOS QUE DEFINEM UMA PESSOA VULNERAVEL AO NOVO CORONAVIRUS** |
| Com o objectivo de responder de forma célere e facilitar a sua solicitação pedimos-lhe que nos indique os fatores de risco seguintes:  **O paciente** ⃝ **foi testado positivo ao Covid-19**  ⃝ **mais de 65 anos**  ⃝ **afectado por outras doenças :** ⃝ hipertensão arterial ⃝ diabetes  ⃝ doença cardiovascular ⃝ doenças respiratórias crónicas  ⃝ fraqueza imunitária devido a um tratamento, cancro ou outra doença |
| **PERFIL DO PACIENTE** |
| ⃝ Não há transtornos mnésico/cognitivo, mas o paciente quer realizar um check-up  ⃝ Transtornos mnésicos e/ou cognitivos,que preocupam: ⃝ o paciente  ⃝ o(os) familiar(es)  ⃝ o médico (assistente)  ⃝ Doença cerebrovascular *(TCC, acidente vascular cerebral, … )*  ⃝ Suspeita de atraso mental ou de baixa eficiência intelectual  ⃝ Transtorno de ansiedade e/ou depressão  ⃝ Transtorno psiquiátrico óbvio ou detetado, indicar por favor *(esquizofrenia, psicose, transtorno do humor ou bipolar, de adaptação, de personalidade, abuso de substâncias ou vícios … )* :  ⃝ Outras doenças conhecidas ou outro perfil, indicar por favor : |
|  |
| **MOTIVO DO PEDIDO** |
| **⃝ Primeira avaliação cognitiva**  **⃝ Segunda opinião**  **⃝ Avaliação cognitiva de seguimento**  **⃝ Apoio psicológico para ⃝ o paciente ⃝ o(os) familiar(es)**  **Diagnóstico e tratamento:**  ⃝ Aptidão para conduzir *(juntar qualquer documento e/ou correspondência pertinente relacionada).*  ⃝ Eficiência intelectual ⃝ sim ⃝ com estimativa do CI  ⃝ Capacidade de discernimento, indicar uma situação concreta por favor *(note que não realizamos peritagens legais e que estamos vinculados pelo segredo profissional)*:  ⃝ Participação de um ensaio clínico *(com medicamentos experimentais)*  ⃝ Outromotivo, indicar por favor : |

|  |
| --- |
| **OUTRA INFORMAÇÃO ÚTIL** |
| **Domínio do francês:** ⃝ Suficiente para um diálogo clínico  ⃝ Insuficiente. Tradutor desejado, indique a língua por favor :  **Nível de escolaridade:** ⃝ Estudos primários unicamente  ⃝ Menos de 5 anos de escola ⃝ Analfabetismo |

**PROCEDIMENTOS DESDE A RECEPÇÃO DO PEDIDO**

* A pessoa a contactar para a marcação será chamada pelo secretariado. Se a pessoa de contacto não responder após três tentativas, será enviado um correio à pessoa que redigiu o pedido e o processo será encerrado. Se for indicado, este deverá então contactar-nos para reabrir o processo.
* Qualquer consulta perdida será faturada.
* Depois de duas consultas perdidas, será enviada uma comunicação à pessoa que redigiu o pedido e o processo será encerrado.

***Por favor envie o seu pedido de avaliação:***

***Por fax***ao 022 372 58 15 ou ***por correio postal*** ao Hôpitaux Universitaires de Genève, Centre de la Mémoire, 6 rue Gabrielle-Perret-Gentil, 1211 Genève 14