

DEMANDE DE PRISE EN SOINS AMBULATOIRE

Consultation de santé cérébrale et mentale

Coordonnées de la ou du médecin adresseur

Nom : Prénom :
Date : Spécialité :
Courriel : Téléphone :

Coordonnées et informations du ou de la patiente

Nom : Prénom : Genre :
Adresse : Tél. privé :
Date de naissance : Assurance : N° d'assuré :
Nationalité Suisse Autre : Langue : FR Autre
Besoin d'un interprète : non oui Patient-e connu-e des HUG : non oui N° de sinistre :

Informations à compléter par la ou le médecin adresseur (voir verso également)

Médecin traitant : non oui, lequel :
Type de trauma : crânien léger-modéré rachis-cervical Date du TCC :
Motif de la demande :

Antécédents médico-chirurgicaux / comorbidités pertinents :

.....
.....
.....
.....

Anamnèse :

.....
.....
.....
.....

Déficits post TC : Troubles cognitifs : non oui Troubles émotionnels : non oui Troubles physiques : non oui Troubles du sommeil : non oui	Autonomie post TC : Indépendant pour les AVQ : non oui Soins à domicile : non oui
Suivi neuropsychologique en cours : non oui, nom praticien-ne :	
Imageries cérébrales < 3 mois (merci de l'intégrer au PACS) : Aucune CT scan IRM Autres examens/consultations réalisés :	
Médication introduite due au TCC : non oui :	
Consentement aux soins : L'adresseur confirme avoir obtenu le consentement du patient ou patiente pour l'ouverture d'un dossier médical, dès ce jour Le ou la patiente consent à l'ouverture d'un dossier médical, dès ce jour	

Pour la prise en charge à la Consultation de santé cérébrale et mentale

Vous pouvez envoyer cette demande au secrétariat de la consultation : ✉ secretariat-opc-cb-neucli@hug.ch