

# DEMANDE D'ÉVALUATION AMBULATOIRE

Consultation de santé cérébrale et mentale

## Coordonnées du médecin adresseur

Nom: ..... Prénom: .....

Date: ..... Catégorie prof.: .....

Courriel: ..... Téléphone: .....

## Coordonnées du ou de la patiente

Nom: ..... Prénom: ..... Genre: .....

Adresse légale: ..... Tél. privé: .....

Lieu de vie: ..... Tél. proche: .....

Date de naissance: ..... Assurance: ..... N° d'assuré: .....

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

Psychiatre traitant: non oui, lequel: .....

suivi en cours depuis le: ..... rupture de suivi depuis le: .....

Médecin traitant: non oui, lequel: .....

Commentaires: .....

Nationalité: Suisse Autre: .....

Langue parlée: Français Autre: .....

Interprète, coordonnées: .....

Raison de la demande: Évaluation des symptômes négatifs et cognitifs Évaluation du diagnostic

.....

Anamnèse personnelle et familiale:

Diagnostics (CIM-10):

Troubles mentaux organiques (F00-09)

Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (F10-19)

Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants

Troubles de l'humeur (F30-39): unipolaire bipolaire

Troubles somatoformes (F40-48)

Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (F60-69)

Retard mental (F70.79)

Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (F90)

Autre: .....

|                                |                                       |
|--------------------------------|---------------------------------------|
| Idéations noires: non oui      | Antécédent hétéroagressif: non oui    |
| Idéations suicidaires: non oui | Risque hétéroagressif actuel: non oui |

Utilisation de toxiques (dépendances):

non oui: cannabis cocaïne héroïne tabac alcool autre: .....

Mesure(s): Curatelle PAFA suspendu Article: ..... Autre: .....

|                                     |                                |
|-------------------------------------|--------------------------------|
| Antécédents psychiatriques: non oui | Antécédents médicaux: non oui: |
| Ambulatoire: non oui                | .....                          |
| Hospitalier: non oui                | .....                          |
| Psychiatre privé: non oui           | .....                          |

Médication avant l'admission:

TraITEMENT somatique: non oui: .....

TraITEMENT psychiatrique antérieur: 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