# FICHE ENTREE PROGRAMME TROUBLES ANXIEUX

|  |  |
| --- | --- |
| **Date de la demande** :  | **Demandeur** :  |
| **Nom :**  **Né(e) le :** **Prénom :** **Adresse :** **Tel :** **Mail :**  | **Nom** : **Catégorie prof. :** **Lieu d’exercice :****Tel :** **Mail :**  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Motif de la demande** | Trouble anxieux **[ ]**  |  Mindfulness **[ ]**  |
|  **[ ]**  Evaluation diagnostique **[ ]**  Demande de suivi | **[ ]**  Agoraphobie **[ ]**  Trouble panique**[ ]**  Phobie spécifique ?**[ ]**  TAG | **[ ]**  Anxiété sociale**[ ]**  TOC**[ ]**  PTSD**[ ]**  Autre : |

|  |
| --- |
| **Renseignements cliniques** |
| **Date de début des troubles et contexte :****Anamnèse récente :** |
| **Antécédents psychiatriques :** |
| **Psychothérapie effectuée ? [ ]**  Oui **[ ]**  Non**Si oui :****Quel modèle ?Date de début :****Nombre de séances effectivement réalisées :****Adhésion : [ ]**  Bonne **[ ]**  Moyenne **[ ]**  Médiocre |
| **Historique des traitements :** **Molécule : Date d’instauration : Posologie maximale :** **Durée à cette posologie :**  **Dosage plasmatique ? [ ]**  Oui **[ ]**  Non **Si oui, résultat :****Molécule : Date d’instauration : Posologie maximale :** **Durée à cette posologie :**  **Dosage plasmatique ? [ ]**  Oui **[ ]**  Non **Si oui, résultat :****Molécule : Date d’instauration : Posologie maximale :** **Durée à cette posologie :**  **Dosage plasmatique ? [ ]**  Oui **[ ]**  Non **Si oui, résultat :****Molécule : Date d’instauration : Posologie maximale :** **Durée à cette posologie :**  **Dosage plasmatique ? [ ]**  Oui **[ ]**  Non **Si oui, résultat :****Molécule : Date d’instauration : Posologie maximale :** **Durée à cette posologie :**  **Dosage plasmatique ? [ ]**  Oui **[ ]**  Non **Si oui, résultat :****Molécule : Date d’instauration : Posologie maximale :** **Durée à cette posologie :**  **Dosage plasmatique ? [ ]**  Oui **[ ]**  Non **Si oui, résultat :** |
| **Traitements actuels :** **Molécule : Date d’instauration : Posologie actuelle :** **A cette posologie depuis le :**  **Dosage plasmatique ? [ ]**  Oui **[ ]**  Non **Si oui, date et résultat :****Molécule : Date d’instauration : Posologie actuelle :** **A cette posologie depuis le :**  **Dosage plasmatique ? [ ]**  Oui **[ ]**  Non **Si oui, date et résultat :****Molécule : Date d’instauration : Posologie actuelle :** **A cette posologie depuis le :**  **Dosage plasmatique ? [ ]**  Oui **[ ]**  Non **Si oui, date et résultat :** |
| **Comorbidités somatiques :**  |
| **Le patient a-t-il déjà bénéficié :** **D’une imagerie cérébrale ? [ ]**  Oui **[ ]**  Non**Si oui : [ ]**  IRM **[ ]**  TDM **[ ]**  EEG**Date :****Motif :****Résultats (compte-rendu à nous faire parvenir) :****D’un examen polysomnographique ? [ ]**  Oui **[ ]**  Non**Si oui : Date :****Motif :****Résultats (compte-rendu à nous faire parvenir) :** |

|  |
| --- |
| **Dates des rendez-vous (cadre réservé au secrétariat)** |
| **Avec :** Dr **Le :** |

FORMULAIRE A RETOURNER PAR FAX AU **022 372 48 99**

OU PAR COURRIER A L’ADRESSE : **SECRETARIAT DU PROGRAMME TROUBLES ANXIEUX**

 **HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE**

 **51 BOULEVARD DE LA CLUSE**

 **1205 GENEVE**