# 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**