

## DEMANDE DE PRISE EN SOINS

**NOM, Prénom:** .....

Date de naissance: ..... Téléphone: .....

Adresse: .....

E-mail: ..... Couverture assurance LAMAL:    Oui    Non

**Personne qui adresse un patient ou une patiente:** .....

Téléphone: ..... E-mail: .....

**Pour une évaluation      Pour un suivi groupal**

### Demande d'évaluation

Borderline:    Oui    Non

TDA-H:    oui    non

	Oui	Non
Comportements auto dommageables		
Comportements suicidaires		
Impulsivité		
Labilité émotionnelle		
Relations instables		
Difficulté à gérer la colère		

### Diagnostics secondaires

	Oui	Non
Épisode dépressif actuel		
Troubles anxieux Si oui, le(s) quel(s) ?		
Trouble de stress post-traumatique		
Symptômes psychotiques Si oui, lesquels ?		
Trouble bipolaire		
Dépendance / abus de substance Si oui, lesquelles ?		
Troubles cognitifs / handicaps intellectuels Si oui, lesquels ?		
Traits antisociaux Si oui, lesquels ?		

**Remarques**

.....

.....

**ATTENTION**

Les personnes non domiciliées sur la canton de Genève et/ou non assurées par la LAMAL ne peuvent pas bénéficier de notre prise en charge spécialisée.

L'envoyeur sera contacté une fois la demande présente complétée.