

DEMANDE DE PRISE EN SOINS

Nom, prénom :

Date de naissance :

Adresse : Téléphone :

Envoyeur : Téléphone de l'envoyeur :

Couverture assurance LAMAL : Oui Non E-mail :

Pour une évaluation Pour un suivi groupal

Diagnostic principal

Borderline : Oui Non Suspecté

TDA-H : oui non suspecté

	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) ?		
PTSD		
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 patientes et patients non domiciliée 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.