

DEMANDE D'ÉVALUATION / SUIVI UPDM

Documents nécessaires pour le traitement de la demande concernant:

Nom(s) :

Prénom(s) :

Formulaire de demande d'évaluation / suivi UPDM

Autorisation d'obtention de renseignements médicaux

Courrier de votre médecin traitant ou médecin psychiatre (argumentation clinique notamment pour la demande d'évaluation du trouble du spectre de l'autisme ou de la déficience intellectuelle)

Date d'envoi :

Vous avez le choix de retourner cette demande au secrétariat de la consultation de l'UPDM par :

E-mail: UPDM.Secretariat@hcuge.ch

Fax: 022 305 49 90

Courrier postal: UPDM, Bâtiment les Alpes, Chemin du Petit-Bel-Air 2, 1226 Thônex

Formulaire de demande d'évaluation / suivi UPDM

Patient

Coordonnées

Nom(s) : Prénom(s) :

Date de naissance : Adresse :

Téléphone : E-mail :

Assurances

Assurance invalidité (AI) : Oui Non

Assurance maladie : Oui Non

Service des prestations complémentaires (SPC) : Oui Non

Compagnie :

Hospice général : Oui Non

N° d'assuré :

Langues

Parle français : Oui Non

Si non, autre langue :

Comprend le français : Oui Non

Nécessite un traducteur

Représentant légal

Curatelle SPAD

Non Oui Si oui, type de curatelle : Informé(e) de la demande : Oui Non

Nom(s) :

Nom(s) :

Prénom(s) :

Prénom(s) :

Lien de parenté/Fonction :

Lien de parenté/Fonction :

Adresse :

Adresse :

.....

.....

Téléphone :

Téléphone :

E-mail :

E-mail :

Demandeur

Coordonnées

Nom(s) : Prénom(s) :

Fonction : Institution :

Adresse :

Téléphone : E-mail :

Motif de la demande

Evaluation TSA (trouble du spectre de l'autisme)

Consultation (psychiatrique et psychothérapeutique)

Evaluation de la déficience intellectuelle

Equipe mobile mixte

Attentes du demandeur

Difficultés identifiées

Réseau de soin

Psychiatre traitant

Nom(s) : Prénom(s) :

Fonction : Informé(e) de la demande: Oui Non

Adresse :

Téléphone : E-mail :

Psychologue

Nom(s) : Prénom(s) :

Fonction : Informé(e) de la demande: Oui Non

Adresse :

Téléphone : E-mail :

Médecin généraliste

Nom(s) : Prénom(s) :

Informé(e) de la demande: Oui Non

Adresse :

Téléphone : E-mail :

Infirmiers / éducateurs référents

Nom(s) : Prénom(s) :

Fonction : Informé(e) de la demande: Oui Non

Adresse :

Téléphone : E-mail :

Autres intervenants

Nom(s) : Prénom(s) :

Fonction : Informé(e) de la demande: Oui Non

Adresse :

Téléphone : E-mail :

Documents utiles

Ordonnance médicale / Fiche de traitement

Rapports médicaux / psychiatriques

Bilans d'évaluation psychologique

Rapports d'évaluation : neuropsychologique, logopédique, ergothérapeutique, de la communication...

Autres :

Date : Date : Date :

Signature du patient:

Signature du demandeur:

Signature du représentant légal:

Autorisation pour l'obtention de renseignements médicaux

Le soussigné/e,

Nom(s) et prénom(s) du patient :

Né(e) le :

et/ou son représentant légal,

Nom(s) et prénom(s) du représentant légal :

Adresse :

.....

Autorise les médecins et les autres collaborateurs de l'Unité de psychiatrie du développement mental (UPDM) en charge du suivi psychiatrique, à prendre contact et à demander des renseignements médicaux auprès des médecins consultés, des hôpitaux, des institutions socio-éducatives ou de pédagogie spécialisée, de l'Assurance Invalidité (AI) ainsi qu'auprès des autres intervenants concernés dans le réseau de soins.

A cet effet, il délègue ces derniers du secret médical/secret professionnel.

Lieu et date :

Signature patient :

Signature du représentant légal :