**DEMANDE D’ÉVALUATION**

Centre de la Mémoire, Hôpitaux Universitaires de Genève

\*Champ obligatoire

|  |
| --- |
| \***COORDONNÉES DU PATIENT** |
| Nom :  | Prénom :  |
| Né(e) le :  | Numéro de téléphone :  |
| Adresse :  |
| Adresse email :  |

|  |
| --- |
| \***DEMANDE URGENTE** |
|  Non |  Oui, précisez svp :  |

|  |
| --- |
| \***COORDONNÉES DE LA PERSONNE QUI RÉDIGE CETTE DEMANDE** |
|  Médecin |  Médecin traitant Autre médecin  |
| Nom, prénom :  |
| Numéro de téléphone :  |
| Adresse email :  |
|  Proche  | Nom, prénom :  |
| Lien (époux, fils, etc) :  |
| Numéro de téléphone :  |
| Adresse email :  |
|  Patient lui-même |

|  |
| --- |
| \***PERSONNE À CONTACTER POUR LA PRISE DE RENDEZ-VOUS** |
|  Patient lui-même |
|  Proche du patient | Nom, prénom :  |
| Lien (époux, fils, etc.) :  |
| Numéro de téléphone :  |
| Adresse email :  |

|  |
| --- |
| \***BILAN EFFECTUÉ AU PRÉALABLE CHEZ LE CENTRE DE LA MÉMOIRE DES HUG** |
|  Jamais |  Oui, précisez la date si cette information est disponible :  |

|  |
| --- |
| **RENSEIGNEMENTS SI LE PATIENT A MOINS DE 55 ANS :** |
| Profil du patient : |  trouble psychiatrique flagrant ou détecté (schizophrénie, trouble psychotique, de l’humeur ou bipolaire, liés aux substances, de l’adaptation, de la personnalité), précisez svp : ………………………………………………………………………………………………….… trouble anxieux et/ou dépressif pas de trouble psychiatrique mais il/elle se plaint de troubles cognitifs suspicion de retard mental ou faible performance intellectuelle suspicion de démence autres, précisez svp : …………………………………………………………………………………………………..…………… |
| But de la visite :  |  compléter le bilan clinique ou psychiatrique (le patient n’ayant jamais effectué de bilan cognitif) évaluer l’efficience intellectuelle sans estime du quotient intellectuel évaluer l’efficience intellectuelle avec estime du quotient intellectuel évaluer la capacité de discernement 1 évaluer la capacité de reprise professionnelle ou orienter la réintégration au travail évaluer l’autonomie dans la vie courante autres, précisez svp : …………………………………………………………………………………………………..…………… |

1 Veuillez noter que nous ne faisons pas d’expertises légales et que nous serons toujours liés su secret professionnel.

|  |
| --- |
| **RENSEIGNEMENTS SI LE PATIENT A 55 ANS OU PLUS :** |
| Profil du patient : |  pas de trouble de la mémoire (ou trouble cognitif) particulier, mais le patient souhaite effectuer un bilan de contrôle  troubles de mémoire (ou cognitifs) qui inquiètent le patient, mais pas les proches  troubles de mémoire (ou cognitif) qui inquiètent les proches ou le médecin traitant autres, précisez svp : …………………………………………………………………………………………………..…………… |
| But de la visite :  |  obtenir un diagnostic et/ou un avis thérapeutique obtenir un deuxième avis  intégrer un essai clinique avec médicaments expérimentaux évaluer la capacité de discernement 1 évaluer l’autonomie dans la vie courante autres, précisez svp : …………………………………………………………………………………………………..…………… |

1 Veuillez noter que nous ne réalisons pas d’expertises légales et que nous serons toujours liés su secret professionnel.

|  |
| --- |
| **AUTRES RENSEIGNEMENTS UTILES** |
| Assurance :  |  assurance Suisse assurance étrangère ou pas d’assurance  |
| Langue : |  maîtrise du français suffisant pour un dialogue clinique maîtrise du français insuffisante, traducteur souhaitable |
| Tests cognitifs : |  MMSE : ………/30 autres, précisez svp :  |
| Lieu de vie au moment de la demande : |  domicile EMS ou autre établissement  actuellement hospitalisé, précisez où svp : ……………………………………………………………………………………………………….… |

|  |
| --- |
| **EXAMENS DÉJÀ EFFECTUÉS** |
| Documents à joindre à la présente demande, si disponibles :  Bilan sanguin (y compris B12, folates, calcémie et TSH)  Neuroimagerie (en l’absence de neuroimagerie, merci de ne pas prescrire cet examen car nous préférons le réaliser nous-mêmes, en utilisant une procédure standardisée)  Tests cognitifs ou évaluation psychologique antérieurs |