**SOLICITUD DE EVALUACIÓN**

**\*Campo obligatorio**

|  |  |
| --- | --- |
| **\*DATOS DEL PACIENTE** | |
| Apellido : | Nombre : |
| Nacido(a) el : | No de teléfono : |
| Dirección : | |
| Correo electrónico : | |
| Lugar de vida actual :⃝ Domicilio ⃝ EMS/otro establecimiento ⃝ Otro : | |
| Seguro : ⃝ Suizo ⃝ Extranjero o sin seguro | |

|  |  |
| --- | --- |
| **\*SOLICITUD URGENTE** | |
| ⃝ **No** | ⃝ **Sí**, precisar por favor : |

|  |  |
| --- | --- |
| **\*DATOS DE LA PERSONA QUE REDACTA ESTA SOLICITUD** | |
| ⃝ **Médico** | ⃝ Médico de cabecera ⃝ Otro médico |
| Apellido, nombre : |
| No de teléfono : |
| Correo electrónico : |
| ⃝ **Familiar** | Apellido, nombre : |
| Vínculo de parentesco *(esposo, hijo, etc.)* : |
| No de teléfono : |
| Correo electrónico : |
| ⃝ **Propio paciente** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **\*PERSONA DE CONTACTO PARA LA TOMA DE CITA** | |
| ⃝ **Propio paciente** | |
| ⃝ **Familiar** | Apellido, nombre : |
| Vínculo de parentesco *(esposo, hijo, etc.)* : |
| No de teléfono : |
| Correo electrónico : |

|  |  |
| --- | --- |
| **\*EVALUACIÓN COGNITIVA REALIZADA PREVIAMENTE** | |
| **⃝ Nunca** | **⃝ Sí**, en el Centre de la Mémoire, precisar por favor la fecha :  **⃝ Sí**, en otra parte, precisar por favor el lugar y la fecha : |

|  |
| --- |
| **\*EXAMENES YA REALIZADOS. Documentos a adjuntar a la solicitud, si están disponibles.** |
| ⃝ **Análisis de sangre** *(incluidos B12, folato, calcio sérico y TSH)*  ⃝ **Neuroimagen** *(en ausencia de neuroimagen, gracias de no prescribir este examen, porque preferimos*  *realizarlo nosotros mismos usando un procedimiento estandarizado)*  ⃝ **Pruebas cognitivas/evaluación neuropsicológica anteriores** *(incluidos informes y resultados a las pruebas)* |
| **CRITERIOS QUE DEFINEN A UNA PERSONA VULNERABLE AL NUEVO CORONAVIRUS** |
| **Para responder más rápidamente a su solicitud y facilitar la atención en el Centro, marque las casillas de los factores de riesgo presentes.**  **El paciente ⃝ dio positivo al Covid-19**  **⃝ tiene más de 65 años**  **⃝ padece ciertas enfermedades:** ⃝ hipertensión arterial ⃝ diabetes  ⃝ enfermedad cardiovascular ⃝ enfermedades crónicas de las vías respiratorias  ⃝ debilidad inmunitaria debida a una enfermedad o a un tratamiento o cáncer |
|  |
| **PERFIL DEL PACIENTE** |
| ⃝ No hay trastorno mnésico/cognitivo, pero el paciente quiere realizar un chequeo  ⃝ Trastornos mnésicos y/o cognitivos,que preocupan : ⃝ el paciente  ⃝ el(los) familiar(es)  ⃝ el médico (de cabecera)  ⃝ Enfermedad cerebrovascular *(TCE, derrame cerebral, … )*  ⃝ Sospecha de retraso mental o de baja eficiencia intelectual  ⃝ Trastorno de ansiedad y/o depresión  ⃝ Trastorno psiquiátrico obvio o detectado, precisar por favor *(esquizofrenia, psicosis, trastorno del estado de ánimo o bipolar, de adaptación, de personalidad, abuso de sustancias o adicciones, … )* :  ⃝ Otras enfermedades conocidas o otro perfil, precisar por favor : |
|  |
| **MOTIVO DE LA SOLICITUD** |
| **⃝ Primera evaluación cognitiva**  **⃝ Segunda opinión**  **⃝ Evaluación cognitiva de seguimiento**  **⃝ Apoyo psicológico para ⃝ el paciente ⃝ el(los) familiar(es)**  **Diagnóstico y tratamiento :**  ⃝ Aptitud para conducir *(adjuntar cualquier documento y/o correspondencia pertinente relacionado).*  ⃝ Eficiencia intelectual ⃝ sin ⃝ con estimación del CI  ⃝ Capacidad de discernimiento, precisar una situación concreta por favor *(tenga en cuenta que no realizamos peritajes legales y que estamos vinculados por el secreto profesional)*:  ⃝ Participación a un ensayo clínico *(con medicamentos en investigación)*  ⃝ Otromotivo, precisar por favor : |

|  |
| --- |
| **OTRA INFORMACIÓN ÚTIL** |
| **Dominio del francés :** ⃝ Suficiente para un diálogo clínico  ⃝ Insuficiente. Traductor deseado, precise el idioma por favor :  **Nivel de escolaridad :**  ⃝ Estudios primarios unicamente  ⃝ Menos de 5 años de escuela ⃝ Analfabetismo |

**PROCEDIMIENTOS DESDE LA RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD**

* La persona de contacto para la toma de cita será contactada por la secretaría. Si la persona de contacto no responde después de tres intentos, se enviará un correo a la persona que haya redactado la solicitud y se cerrará el expediente. Si indicado, esta deberá entonces volver a contactarnos para reabrir el expediente.
* Cualquier cita perdida será facturada.
* Después de dos citas perdidas, se enviará una comunicación a la persona que haya redactado la solicitud y se cerrará el expediente.

***Por favor envíe su solicitud de evaluación :***

***Por fax***al 022 372 58 15 o ***por correo postal*** a Hôpitaux Universitaires de Genève, Centre de la Mémoire, 6 rue Gabrielle-Perret-Gentil, 1211 Genève 14