|  |
| --- |
| **DEMANDE DE CONSULTATION**Service de Psychiatrie et Psychothérapie de la Personne Âgée*Dr Mazen Almesber, Médecin-chef – Mme Marina Kreus, Infirmière-Cheffe*Consultation de psychiatrie et psychothérapie de la personne âgéeAdresse : Fondation de Nant Les Moulins, Rue des Moulins 11, 1800 VeveyTél : 021.965.72.50 - Fax : 021.965.72.51mail : **cppa.riviera@nant.ch** |

**UNITE :** [ ]  Equipe Mobile [ ]  Centre Thérapeutique de Jour [ ]  Consultation

 Cochez SVP l’Unité qui vous semble adaptée pour l’évaluation de votre patient

**DEGRE D’URGENCE :** [ ]  24h ☐ dans les 7 jours [ ]  pas urgent

 En dessous de 24h s’adresser SVP à l’Accueil, Urgence et Liaison (AUL) **tél. *0800 779 779***

|  |
| --- |
| **Date :** ……/………/….…. **Demande faite par : Nom**………………………………………………………**Prénom**…………………………………………………... |
| PATIENT | COORDONNEES DU DEMANDEUR |
| Nom …………………………………………………….…Prénom ……………………………………………………Date de naissance …..…/…..…./……….. |  Institution :……………………………………………………AdAdresse :…………………………………………….Téléphone :mail :……………………………………………… |
| Rue …………………………………………………..……NPA / Ville ……… / …………………………………..…Téléphone …………………………………………..…… | **MEDECIN TRAITANT** |
| Nom ……………………………………………………..Prénom ………………………………………………….Téléphone ………………………………………………Informé : oui ☐ non ☐ |
| Assurance maladie Nom : ………………………………………………………Numéro d’assuré : ………………………………………. | Intervenants du réseau:[ ]  CMS ou OSAD\*Nom et mail ………………………………………..[ ]  CGA [ ]  CAT [ ]  Diab. Est\*Nom et mail ………………………………………..[ ]  CMEV [ ]  CSS[ ]  EMSP [ ]  Psychiatre privé\*Nom et mail ………………………………………..[ ]  EMS\*Nom et mail ………………………………………..[ ]  Autre, précisez :…………………………………………………….. |
| **Coordonnées des proches aidants**Nom / Prénom ……………………………………………Adresse …………………………………………………..……………………………………………………………...Lien de parenté ………………………………………….Téléphone …………………………………..……… |

**Eléments d’anamnèse et motifs de la consultation**

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

**Diagnostics actuels et comorbidités**

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

**Traitement actuel**

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

**Examens déjà pratiqués**

* Date et score MMSE (version du Greco) / test de l’horloge, si vous en disposez
* Laboratoire et imagerie cérébrale, si pratiqués
* Examen neuropsychologique et/ou toute autre information nécessaire
* Check-list d’arlete – psychiatrie de la personne âgée, si elle a été complétée

*Merci de nous transmettre une copie de ces résultats.*

**Merci de nous transmettre toute autre remarque ou information utile**

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………