|  |
| --- |
| **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 âgée  Adresse : Fondation de Nant Les Moulins, Rue des Moulins 11, 1800 Vevey  Tél : 021.965.72.50 - Fax : 021.965.72.51  mail : **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 maladieNom : ……………………………………………………… 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**

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

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

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

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

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