



DEMANDE DE CONSULTATION – Psychiatrie de la personne âgée

Formulaire à nous retourner par mail : emo.ageavance@chuv.ch ou par fax : 021 314 68 92

Demandeur :
 Coordonnées :

En cas d'urgence, merci de contacter la centrale téléphonique des médecins de garde ou SOS médecins.

Nom : Prénom :
 Date naissance :
 Rue : Tél. privé :
 NP : Localité :

Assurance :

Nom : Police n° :

Entourage (lien de parenté) :

Nom : Rue : N : Tél. privé :
 Prénom : Localité : NP : Mobile :

Médecin traitant :
CMS :
EMS :
CAT :

Motif de la demande / Attente par rapport à notre intervention :

.....

Histoire de l'épisode :

.....



