

Médecin référent : _____

Fax : _____

Si différent du médecin référent

Médecin de famille : _____

Téléphone : _____

Raison de consultation

Problème actuel, mode d'apparition des symptômes, évolution
domaine cognitif atteint (mémoire, langage, praxie)

Besoins et attentes

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Établir un diagnostic | <input type="checkbox"/> Préciser un diagnostic |
| <input type="checkbox"/> Initier un traitement | <input type="checkbox"/> Ajuster un traitement |
| <input type="checkbox"/> Activités de recherche | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

Antécédents et comorbidités

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Maladie neurodégénérative | <input type="checkbox"/> Épilepsie |
| <input type="checkbox"/> Traumatisme crânien | <input type="checkbox"/> Abus de substances |
| <input type="checkbox"/> Facteurs de risque vasculaire | |
| <input type="checkbox"/> Maladie psychiatrique - Suivi actif | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Antécédents familiaux de troubles cognitifs | |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____ | |

Vit seul Vit avec : _____

Maintien à domicile compromis Oui Non

Symptômes associés Aucun

Psychologiques et comportementaux (dépression, symptômes
psychotiques, apathie, agitation verbale et motrice,...)

Précisez : _____

Neurologiques (parkinsonisme, céphalées importantes,
perte de conscience, tremblements, chute, TDAH,
perte d'équilibre...)

Précisez : _____

Médication Plus d'un psychotrope Polypharmacie

Atteintes fonctionnelles Aucune

- AVQ capacité à se laver, s'habiller, se nourrir, incontinence
 AVD préparation repas, conduite auto, gestion finances...

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Date de naissance : _____

No assurance maladie : _____

Date d'expiration : _____

Nom du père : _____

Nom de la mère : _____

Date de référence : _____

Qui devons-nous contacter pour donner le rendez-vous ?

- La personne L'aidant

Nom de l'aidant : _____

Lien : _____

Téléphone : _____

Clinique GMF Clinique réseau

Nom infirmière : _____

Connu du CLSC Oui Non

Intervenant : _____

Téléphone : _____

DOCUMENTS OBLIGATOIRES À ANNEXER

AFIN DE PRIORISER VOTRE DEMANDE

1. Bilan sanguin (dernier 6 mois) **DSQ**
FSC, urée, créatinine, ions, glycémie,
calcium, TSH, B12, RPR et tout autre examen pertinent

2. Profil pharmaceutique récent **DSQ**

3. Rapport d'imagerie cérébrale **DSQ**
(dernière année)

Date d'examen : _____

Lieu : _____

Imagerie demandée

4. Rapport MMSE ____/30 de moins de 3 mois.
Si ≥ 26 , faire MOCA

RECOMMANDÉS

Rapports d'évaluations (si disponibles)

Horloge, tests neuropsychologie, ergothérapie, travailleur social

FAIRE PARVENIR :

Hôpital de l'Enfant-Jésus, 1401, 18^e rue, Québec, G1J 1Z4

Téléphone : 418 649-5980 | Télécopieur : 418 649-2674