



**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale**

Clinique interdisciplinaire
de la
mémoire

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Date de naissance : _____

No assurance maladie : _____

Date d'expiration : _____

Nom du père : _____

Nom de la mère : _____

DEMANDE POUR DISCUSSION DE CAS CLINIQUE INTERDISCIPLINAIRE MÉMOIRE

Présences prévues lors de la discussion Médecins Site distant <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	MD requérant : _____ MD famille : _____ Question en suspens ? Bref résumé incluant diagnostic et éléments pertinents à la discussion
Professionnels impliqués site distant <input type="checkbox"/> infirmière <input type="checkbox"/> psychologue <input type="checkbox"/> physiothérapeute <input type="checkbox"/> ergothérapeute <input type="checkbox"/> neuropsychologue <input type="checkbox"/> pharmacien <input type="checkbox"/> travailleur social <input type="checkbox"/> nutritionniste <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	TEMPS MAXIMUM POUR DATE DE DISCUSSION _____
Date des examens faits pertinents à la discussion <input type="checkbox"/> TACO Date: _____ Endroit: _____ <input type="checkbox"/> IRM Date: _____ Endroit: _____ <input type="checkbox"/> TEP Date: _____ Endroit: _____ <input type="checkbox"/> Autre _____	