

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**  Aucun

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Maladie neurodégénérative                   | <input type="checkbox"/> Epilepsie                        |
| <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'aideant

Nom de l'aideant : \_\_\_\_\_

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** (dernière année)  DSQ

Date d'examen : \_\_\_\_\_

Lieu : \_\_\_\_\_

**Imagerie demandée**

**4. Rapport MMSE** \_\_\_\_\_/30 de moins de 3 mois.

**Si  $\geq 26$ , faire MOCA**

**RECOMMANDÉS**

**Rapports d'évaluations (si disponibles)**

Horloge, tests neuropsychologie, ergothérapie, travailleur social

**FAIRE PARVENIR :**

Hôpital de l'Enfant-Jésus, 1401, 18<sup>e</sup> rue, Québec, G1J 1Z4

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