



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

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

- _____
- _____
- _____

Professionnels impliqués site distant

- infirmière
- psychologue
- physiothérapeute
- ergothérapeute
- neuropsychologue
- pharmacien
- travailleur social
- nutritionniste
- _____
- _____

MD requérant : _____ MD famille : _____

Question en suspens ?

Bref résumé incluant diagnostic et éléments pertinents à la discussion

TEMPS MAXIMUM POUR DATE DE DISCUSSION _____

Date des examens faits pertinents à la discussion

- TACO Date: _____ Endroit: _____
- IRM Date: _____ Endroit: _____
- TEP Date: _____ Endroit: _____
- Autre _____

Signature du médecin

Date (aaaa-mm-jj)