

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

Établir un diagnostic Préciser un diagnostic

Initier un traitement Ajuster un traitement

Activités de recherche Autre : _____

Antécédents et comorbidités Aucun

Maladie neurodégénérative Épilepsie

Traumatisme crânien Abus de substances

Facteurs de risque vasculaire

Maladie psychiatrique - Suivi actif Oui Non

Antécédents familiaux de troubles cognitifs

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 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 À ANNEXER AFIN DE PRIORISER VOTRE DEMANDE

OBLIGATOIRES

1. Bilan sanguin (dernier 6 mois)

FSC, urée, créatinine, ions, glycémie, calcium, TSH,
B12, RPR, folates intraérythrocytaire

Si plus de 75 ans : albumine et pré-albumine

Et tout autre examen pertinent

2. Profil pharmaceutique récent

3. Rapport d'imagerie cérébrale (dernière année)

Date d'examen : _____

Lieu : _____

4. Rapport MMSE ____/30 et 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)-649-5981