

CNM

No dossier		
Nom		
Prénom		
DDN	NAM	Exp.
Classification :		

**FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE À LA
CLINIQUE DE MÉMOIRE ET DE COGNITION DU NORD DE L'ÎLE DE MONTRÉAL (CMC-NIM)**

CHSLD Notre-Dame-de-la-Merci
555 Boul. Guin Ouest, Montréal, H3L 1K5
Tel : 514-331-3025, poste 71379

Veuillez acheminer la demande au Guichet d'accès SAPA par courriel au Guichet_Acces_SAD.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca
ou par télécopieur au 514-331-8720

Réservé aux usagers vivant sur le territoire du CIUSSS NIM et aux usagers dont le médecin a une pratique au CIUSSS NIM
L'accès à l'équipe multidisciplinaire est réservé aux usagers vivant sur le territoire du CIUSSS NIM
Pour toute demande, le médecin de famille doit d'abord avoir été impliqué pour faire l'évaluation cognitive.
La demande sera acceptée si toujours pertinente après cette évaluation ou si l'utilisateur n'a pas de médecin de famille.

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE RÉFÉRÉE (si pas d'adressographie ci-haut) :

Nom à la naissance : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Code postal : _____ Téléphone : _____

Date de naissance : _____ NAM : _____ Date d'expiration : _____

Important : La personne référée devra absolument venir accompagné d'un proche.

Personne ressource (proche aidant) :

Nom : _____ Téléphone : _____ Lien : _____

RAISON DE CONSULTATION

Quel est votre objectif en référant l'utilisateur (raison de consultation) :

--

Précisez : ☐ Trouble cognitif léger (sans impact fonctionnel)

☐ Trouble cognitif majeur ou démence (avec impact fonctionnel)

En présence de signes ou symptômes atypiques et/ou précoces, veuillez préciser :

- ☐ Âge de début des symptômes **avant 65 ans**
- ☐ Progression **très rapide** (stade démentiel < 1 an après l'apparition des premiers symptômes)
- ☐ Trouble du **langage** (manque du mot, trouble de production, atteinte sémantique) **inaugural ou isolé**
- ☐ Trouble du **comportement** ou changement de personnalité **inaugural ou isolé**
- ☐ Trouble **visuel** sans cause ophtalmologique (suspicion d'une atrophie corticale postérieure)
- ☐ Syndrome **parkinsonien**, anomalie du sommeil REM ou dysautonomie sévère
- ☐ Antécédents familiaux faisant évoquer une **maladie d'origine génétique** autosomale dominante
- ☐ Incertitude diagnostique après une évaluation et un suivi

Est-ce qu'un diagnostic de trouble cognitif a déjà été posé? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez préciser :

Diagnostic : _____

Médecin ayant posé ce diagnostic (spécialité) : _____

Décrire l'autonomie du patient (AVQ et AVD) :

Présences de syndromes gériatriques :

- | | |
|---|---|
| ☐ Chutes | ☐ Trouble de la marche et de l'équilibre |
| ☐ Perte de poids/dénutrition | ☐ Dysphagie |
| ☐ Polypharmacie | ☐ Incontinence |
| ☐ Autre : _____ | |

Informations complémentaires :

SVP veuillez annexer :

- **MMSE (Folstein) et MoCA antérieurs (les formulaires complétés)**
- **Feuille sommaire ou liste des problèmes médicaux**
- **Profil pharmacologique**
- **Investigations antérieures ou notes de consultation en lien avec le motif de référence actuel**

La Clinique de Mémoire et de Cognition du Nord de l'Île de Montréal offre également des consultations téléphoniques s'adressant directement au médecin référent. Pour une question précise ou une discussion de cas sur l'un de vos patients, veuillez compléter ce formulaire et cochez la case ci-bas. Notre équipe vous contactera pour vous proposer un rendez-vous téléphonique avec l'un de nos gériatres d'une durée maximale de 30 minutes.

☐ Consultation téléphonique entre médecins Téléphone où vous rejoindre : _____

Nom du médecin référent : _____ Numéro de pratique : _____

Signature : _____ Date : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Nom du médecin de famille (si différent du référent) : _____

Note : Le médecin traitant demeure responsable du suivi de l'utilisateur