



**DEMANDE DE CONSULTATION MÉDICALE
CLINIQUE DE LA MÉMOIRE – 2^e LIGNE**

Services offerts : Consultations et recommandations au médecin de famille ou l'IPS (aucune prise en charge)

Critères d'admissibilité :

- Troubles cognitifs atypiques
- Troubles cognitifs chez l'utilisateur âgé de moins de 65 ans (profil gériatrique)

Critères d'exclusion :

- Alcoolisme et toxicomanie active
- Troubles de santé mentale majeurs instables
- Déficience intellectuelle
- Demeure en CHSLD/Hospitalisé

Nom de l'accompagnateur : _____ **N° de téléphone :** _____

Demande de consultation avec un : ☐ Neurologue ☐ Psychiatre ☐ Gériatre ☐ Consultation téléphonique

Motif de la demande (problème actuel, apparition des symptômes, évolution, etc.) : _____

Atteintes cognitives : ☐ Attention ☐ Mémoire ☐ Langage ☐ Fonctions exécutives ☐ Habiletés visuelles

Troubles du comportement : ☐ Oui ☐ Non Si oui, spécifier : _____

Usager connu du CLSC : ☐ Oui ☐ Non Intervenants : _____

Laboratoires requis : • FSC • Glucose • Électrolytes • Créatine • Calcium • Folate
• TSH • VDRL • B12

Tests requis : • MMSE • MOCA (fournir les copies)

Examen requis : • ECG • Scan cérébral (moins d'un an)

Documents requis : • Évaluation infirmière • Sommaire médical • Notes médicales pertinentes

Joindre les rapports si déjà évalué par : • Neurologue • Neuropsychologue • Psychiatre • Ergothérapeute • Orthophoniste

Transmettre la demande de consultation à la clinique de la mémoire du CISSS des Laurentides

Adresse : 175 rue Durand, St-Jérôme, Québec, J7Z 2V4

N° de téléphone : 450 432-2777, poste 23231

N° de télécopieur : 450 431-8344

N° de téléphone du professionnel référent : _____ N° de télécopieur du professionnel référent : _____

Nom du professionnel référent

Signature

Permis

aaaa/mm/jj