



**DEMANDE DE CONSULTATION MÉDICALE  
CLINIQUE DE LA MÉMOIRE - 2<sup>e</sup> LIGNE**

**Services offerts :** Consultations et recommandations au médecin de famille (aucune prise en charge)

**Critères d'admissibilité**

- Troubles cognitifs atypiques
- Troubles cognitifs à évolution rapide
- Troubles cognitifs chez la personne de moins de 65 ans (profil gériatrique)
- Déterioration cognitive nécessitant évaluation inaptitude à la personne et/ou aux biens lors de situations complexes

**Critères d'exclusion :**

- Alcoolisme et toxicomanie active
- Troubles de santé mentale majeurs instables

**Demande de consultation :**  Neurologue  Psychiatre  Consultation téléphonique

**Motif de la demande** (Problème actuel, apparition des symptômes, évolution) : \_\_\_\_\_

**Atteintes cognitives observées:**  Attention  Mémoire  Langage  Fonctions exécutives  Habiletés visuelles

**Troubles du comportement:**  Oui  Non Spécifiez : \_\_\_\_\_  Hallucinations

**Usager connu du CLSC:**  Oui  Non Intervenants : \_\_\_\_\_

**Laboratoires requis :** FSC / Glucose / Électrolytes / Créatinine / Calcium / Folate / TSH / VDRL / B12 (troubles neurologiques)

**Tests requis :** MMSE / MoCA / ECG / Scan cérébral (moins d'un an et nous télécopier la requête si en attente)

Bilan fonctionnel	Atteinte?	Depuis quand?		Atteinte?	Depuis quand?
Chute/équilibre			Préparation des repas		
Incontinence			Gestion financière		
Soins de sa personne (hygiène, habillage)			Conduite automobile		
Gestion de la médication					

Nous transmettre l'évaluation récente de l'infirmière, liste des médicaments, sommaire médical, notes pertinentes, tests de dépistage cognitif à :

**Clinique de la mémoire du CISSS des Laurentides**

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

Téléphone : 450-432-2777 p.23231 Télécopieur : 450-431-8344

Si déjà évalué par un neurologue, un neuropsychologue, un psychiatre, un ergothérapeute, un orthophoniste : joindre les rapports.

<b>Médecin référent</b>	<b>Signature</b>	<b>Permis</b>	<b>aaaa/mm/jj</b>

<b>Médecin traitant</b>	<b>Signature</b>	<b>Permis</b>	<b>aaaa/mm/jj</b>

**Clinique médicale :** \_\_\_\_\_ **Téléphone :** \_\_\_\_\_ **Télécopieur :** \_\_\_\_\_