**Demande de consultation**

|  |  |
| --- | --- |
| **Date :** Cliquez ici pour entrer une date.  **Demande faite par :** | |
| **Coordonnées du patient** | **Médecin traitant** |
| Nom :  Prénom :  Date de naissance : Cliquez ici pour entrer une date. |  |
| Rue :  NPA / Ville :  Téléphone : | Interprète nécessaire  Oui  Non  Langue Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Coordonnées des proches aidants**  Nom / Prénom :  Adresse :  Lien de parenté :  Téléphone : | **Prise en charge par CMS**      CMS :  Adresse :  Téléphone : |

*La 1ère consultation dure environ 2 heures. Il est recommandé que le patient soit accompagné par une personne de son entourage. En fonction de la situation, d’autres examens et/ou RV seront proposés. Le patient sera convoqué par nos soins. Une copie de la convocation est adressée au proche, au médecin traitant et au CMS, sauf demande contraire de votre part.*

**Eléments d’anamnèse et motifs de la consultation**

**Diagnostics actuels et comorbidités**

Nom du patient :

Date : Cliquez ici pour entrer une date.

**Traitement actuel**

**Examens déjà pratiqués à joindre en copie**









*Merci de nous transmettre une copie de ces résultats et les clichés de l’imagerie.*

**Attentes par rapport à la consultation spécialisée**









Si intervention nécessaire du CMS et/ou de l’Association Alzheimer :





**Merci de nous transmettre toutes autres remarques ou informations utiles**