**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 [ ]  NonLangue 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**