| | | |
|---|---|---|
| Pôle Santé SARTHE ET LOIR | ***Demande de consultation mémoire*** | **P_REF**<br>1/ 1<br>Version : P_REVISION<br><br>Date d'application :<br>P_APPLICATION_DATE |

**Ce formulaire peut être transmis par fax au 02.44.71.31.59 ou adressé par mail à csmemoire@pole-pssl.fr**

**Date de la demande :** |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

**DEMANDEUR :**

**Nom** : ……...

**Qualité** : ……...

**Tel :** ……...

**Médecin traitant** (si différent du demandeur) :

……

**LA PRESENCE D'UN ACCOMPAGNANT EST REQUISE A LA CONSULTATION**

**PATIENT :**

**Nom** : ……

**Prénom** : ……..

**Adresse** : …….....

……..

**Tel** : ……

**Date de naissance** : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

**Sexe** : ☐ Femme ☐ Homme

**Mode de vie** : ☐ A domicile isolé(e) ☐ A domicile avec conjoint(e) ☐ En foyer logement ☐ En EHPAD

☐ Autres : ……

**Conduit sa voiture** : ☐ Non ☐ Oui, préciser : Avec prise de risque ☐ Non ☐ Oui

**NATURE DE LA DEMANDE :**

**Plainte :** ☐ Patient ☐ Entourage ☐ Médecin et/ou autre professionnel de santé

**Evolution : Début :** ☐ ≤ 6 mois ☐ > 6 mois **Mode évolutif :** ☐ progressif ☐ rapide

**Description des symptômes :** ……

……..

……..

……..

……..

**ANTECEDENTS :**

**Personnels** : ……

……

……...

**Antécédent de chute dans les 6 derniers mois** : ☐ Non ☐ Oui

**Familiaux :** maladie neurodégénérative **:** ☐ Non ☐ Oui, Autres : ……

**TRAITEMENT :** joindre une ordonnance.

**MESURE DE PROTECTION CIVILE :** ☐ Non ☐ Oui

**SCORE AU MMSE (/30)** : |__|__| (joindre la feuille de passation du test)

**IMAGERIE CEREBRALE** : joindre les résultats.

**La demande de consultation vous paraît-elle avoir un caractère d'urgence :** ☐ Non ☐ Oui

Si oui : quelle en est la raison : ……..

……..

……..