

Demande de consultation

Date :

Médecin demandeur (timbre, svp) :

Médecin de famille si différent du médecin demandeur :

Coordonnées du patient

Nom/Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

NPA, localité :

Téléphone :

Coordonnées du proche aidant principal

Nom/Prénom :

Lien avec le patient :

Téléphone :

Contact pour l'organisation du RDV :

- Le patient uniquement
- Le patient et le proche aidant
- Le proche aidant uniquement

Soins à domicile en cours

- Non
 - Oui
- Préciser :

PARTIE 1 – Motif de demande de consultation au Centre Mémoire & Gériatrie

Motifs d'intervention ou difficultés identifiées :

- Troubles cognitifs
- Troubles thymiques et/ou du comportement / burnout
- Troubles de la marche et de l'équilibre/chutes
- Gestion de la médication (polymédication, utilisation de psychotropes, adhérence...)
- Syndrome douloureux
- Polymorbidité
- (Risque de) Dénutrition
- Situation sociale complexe / Épuisement des proches-aidants / Précarité / Isolement
- Problèmes éthiques (capacité de discernement par rapport au maintien à domicile, choix d'un traitement...)
-
- Appréciation de l'aptitude à la conduite automobile (en lien avec un syndrome démentiel avéré ou suspecté)
- Demande AI (ou autres assurances) en lien avec un Trouble neurocognitif neurodégénératif et/ou évolutif
- Réévaluation, précisez le lieu du dernier bilan :
- Suspicion de maltraitance
- État confusionnel inaugural
- Bilan cognitif après un accident vasculaire cérébral, un traumatisme cranio-cérébral, encéphalopathie etc.
 - (date
- Autres :

Objectifs attendus de notre intervention :

-
-
-
-

Médicaments actuels (si possible, annexer la liste) :

-
-
-
-
-
-
-
-
-

Principaux antécédents / comorbidités et dates :

- Facteurs de risque cardio-vasculaire
- Abus de substances
- Antécédents/comorbidités psychiatriques
- AVC/AIT
- Traumatisme cranio-cérébral
- Épilepsie
- Autre atteinte neurologique
- Incontinence urinaire/fécale
- Antécédents familiaux de démence précoce (avant 60 ans)
- Autres

Ces documents nous sont utiles, si vous disposez d'une copie, merci de nous la faire parvenir :

- Examen de dépistage (MMSE, test de l'horloge, MoCA, mini-COG)
- Précédents examens neuropsychologiques
- Imagerie cérébrale
- Bilan sanguin (derniers 6 mois)
- Rapports spécialisés pertinents pour la demande (neurologie, psychiatrie, ophtalmologie, lettres de sortie, etc.)
- Compte rendu d'un moniteur d'autoécole

Remarques :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Suspectez-vous une maladie d'Alzheimer ? (Si oui, merci de compléter la partie 2, sinon poursuivre avec partie 3)

PARTIE 2 – Eligibilité potentielle au traitement anti-amyloïdes

1. Critères d'éligibilité clinique

	oui	non	ND
Score MMSE > 20/30 (ou MOCA > 15/30)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déclin cognitif progressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient autonome ou relativement autonome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accompagnement disponible pour le suivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Critères d'inéligibilité clinique

	oui	non	ND
AVC, AIT ou crise d'épilepsie dans les 12 derniers mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer actif (sauf cancer cutané autre que mélanome ou cancer prostate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie psychiatrique non contrôlée (schizophrénie, trouble bipolaire, dépression majeure)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie organique sévère non contrôlée (insuffisance cardiaque, PBCO sévère, cirrhose, autres (préciser))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traitement par anticoagulants en cours (anti AVK – NACO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contre-indication à l'IRM (pacemaker, claustrophobie sévère)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de la coagulation (si connu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IRM cérébrale avec microangiopathie Fazekas 3 et/ou angiopathie amyloïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTIE 3 – Commentaires

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Merci de votre collaboration !