

## 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 crânio-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 craniocérébral .....
- 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 !**