



www.cgm-quebec.ca

# Les cliniques gériatriques de la mémoire

MONTRÉAL - MONTÉRÉGIE - LAVAL  
RIVE NORD - LANAUDIÈRE  
5184 boul. Cousineau, suite 157,  
Saint-Hubert, Québec, J3Y 0E1.  
Tél. / Téléc.: 450-922-0754

Date de naissance	Âge	No de dossier
Nom (à la naissance)		Prénom
Prénom du père		Téléphone
Adresse		

## FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE

Nom du référent :	Date de référence :
Établissement-clinique :	Courriel :
No téléphone :	No de fax :

**A. Diagnostic (si connu) :**  MALADIE D'ALZHEIMER  DÉMENCE VASCULAIRE  DÉMENCE MIXTE  
AUTRES : (préciser) \_\_\_\_\_

**B. Motifs de référence (cocher) :**

<b>Examen de dépistage</b> <input type="checkbox"/> évaluation cognitive et de la comorbidité	Évaluation diagnostique <input type="checkbox"/>	Évaluation de l'aptitude <input type="checkbox"/>	Évaluation de l'aptitude à la conduite auto <input type="checkbox"/>	Plan de soins et services partagés <input type="checkbox"/>	Courtage de soins et services conjoints <input type="checkbox"/>
Autres (s.v.p. préciser) :					

**Client(e) ou proche aidant(e) avisé(e) de la référence?** OUI  NON

Personne à contacter : \_\_\_\_\_ Lien: \_\_\_\_\_ Tél.: \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ courriel : \_\_\_\_\_

Nom du pharmacien : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ courriel : \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_ même que référent  Tél. : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ courriel : \_\_\_\_\_

Client(e) connu(e) : CLSC  GMF  CH

**C. Anamnèse de la plainte cognitive:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Examen physique complet : \_\_\_\_\_  
 Évidences d'un déclin cognitif depuis \_\_\_\_\_ d'un déclin fonctionnel depuis \_\_\_\_\_  
 Anomalies métaboliques-biologiques : \_\_\_\_\_  
 Comorbidité - autres maladies: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Complications psychologiques ou comportementales : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 MMSE : \_\_\_\_ / 30 date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ AUTRES : \_\_\_\_\_ score : \_\_\_\_ date : \_\_\_\_  
 Rx : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Examens antérieurs joints (recommandé)**

Scan cérébral  Évaluations cognitives  Consultations neurologie, psychiatrie, gériatrie  Autres : \_\_\_\_\_

**Liste de la médication jointe (recommandé)  Bilan biologique joint (recommandé)**

Signature du référent

Titre

© CGM (2012)

**PHOTOCOPIER - CONSERVER**  
**SVP TÉLÉCOPIER AU (450) 922-0754**