

Formulaire de demande de consultation mémoire

Date de la demande :

..... / /

À nous retourner à

Pôle Gériatrie

Centre mémoire de territoire – consultation mémoire

Pôle Santé Sarthe et Loir

La chasse du point du jour

BP 10129 - 72205 Le Bailleul CEDEX

Ou par mail

csmemoire@mssante.fr

1. Information sur le patient

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille : Née le : / /

Sexe : Femme Homme

Mode de vie : à domicile isolé(e) à domicile avec conjoint(e) en foyer d'accueil en EHPAD

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél (obligatoire) : Mail :

Conduit sa voiture : non oui, préciser si avec prise de risque : non oui

Le patient bénéficie-t-il d'une mesure de protection civile ? oui non

2. Identité du praticien demandeur

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél (obligatoire) : Mail :

3. Nature de la demande

Origine de la demande : patient famille/proche aidant médecin et/ou autre professionnel de santé

Description des symptômes :

Antécédents personnels :

Maladie cardiovasculaires ? HTA Hyperlipidémie Diabète

Autres (préciser) :

Antécédents familiaux :

Maladie neurodégénérative ? oui non

Autres (préciser) :

Antécédent de chute dans les 6 derniers mois ? oui non

La demande de consultation vous paraît-elle avoir un caractère d'urgence ? oui non

Si oui, quelle en est la raison ?

4. Justificatifs de document à fournir

Ces éléments sont requis :

Liste des types des traitements en cours ou déjà entrepris.
Veuillez nous joindre, avec ce formulaire, le(s) ordonnances prescrites.

Score au MMSE (/30) :/30 en date du / /
Veuillez nous joindre, avec ce formulaire, la feuille de passation du test.

Résultats d'imagerie cérébrale.

5. Attestation

Je soussigné(e) M. Mme

Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus

Fait à :

Le : / /

Signature

Pour tous renseignements complémentaires, merci de contacter le **Centre mémoire de territoire au 02 44 71 31 59.**