

## FICHE DE RENSEIGNEMENT DEMANDE CONSULTATION MÉMOIRE

### IDENTITE DU PATIENT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Nom de naissance (le cas échéant) : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Sexe :  Homme  Femme  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
 Téléphone fixe : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Portable : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Adresse email : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

### MEDECIN DEMANDEUR

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### MEDECIN TRAITANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### PERSONNE RÉFÉRENTE

<input type="checkbox"/> Parenté – Précisez : .....	<input type="checkbox"/> Tutelle	<input type="checkbox"/> Curatelle	<input type="checkbox"/> Curatelle renforcée
--	----------------------------------	------------------------------------	--

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Adresse email \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

### RÉSULTATS TESTS

MMSE : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
 Autre : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

### MOTIF DE LA DEMANDE

Plaintes :

---



---

### RETENTISSEMENT GLOBAL

Ex : Modification de l'appétit, variation du poids, troubles de marche et de l'équilibre...

---



---

### RETENTISSEMENT DES TROUBLES SUR LE QUOTIDIEN

			Remarques
Mobilité	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale	<input type="checkbox"/> Risque de chute Aide technique : <input type="checkbox"/> Béquille <input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant	
Habillage	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale		
Toilette	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale		
Alimentation	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale	<input type="checkbox"/> Régime <input type="checkbox"/> Haché / Mixé <input type="checkbox"/> Fausse route	
Élimination / continence	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale	Incontinence : <input type="checkbox"/> Urinaire <input type="checkbox"/> Fécale <input type="checkbox"/> Nocturne <input type="checkbox"/> Diurne <input type="checkbox"/> SAD <input type="checkbox"/> Stomie	
Communication	<input type="checkbox"/> Adaptée <input type="checkbox"/> Propos incohérents <input type="checkbox"/> Difficultés délocution	<input type="checkbox"/> Surdit� <input type="checkbox"/> Malvoyance <input type="checkbox"/> C�citt�	

Comportement	<input type="checkbox"/> Serein <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Agité <input type="checkbox"/> Agressif <input type="checkbox"/> Délire <input type="checkbox"/> hallucinations <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil <input type="checkbox"/> Dépression	<input type="checkbox"/> Risque de fugue <input type="checkbox"/> Désorientation temporo-spatiale <input type="checkbox"/> Déambulation	
Vie sociale	<input type="checkbox"/> Problèmes liés à la prise de médicaments <input type="checkbox"/> Altération de la qualité de vie	<input type="checkbox"/> Risque domestique et sociaux	
Vie familiale	<input type="checkbox"/> Troubles du sommeil de l'aidant <input type="checkbox"/> Tension familiale <input type="checkbox"/> Aide à domicile		
Vie professionnelle	<input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Incapacité au travail <input type="checkbox"/> Horaires aménagés	<input type="checkbox"/> Problème de concentration <input type="checkbox"/> Inaptitude à travailler en groupe	

**ATCDS ET PATHOLOGIE ACTIVE**

---



---

**TRAITEMENT ACTUEL ET MODIFICATIONS RÉCENTES**

---



---

**Signature et cachet du médecin :**