Santé Bruyère Health

Demande de consultation clinique

Clinique de la mémoire Santé Bruyère

Nous sommes une clinique de diagnostic et de traitement de la démence pour les personnes non diagnostiquées qui présentent un déclin cognitif léger ou atypique au cours duquel on soupçonne une neurodégénérescence. Notre mandat porte sur le diagnostic et le traitement précoces. **Nous n'assurons pas de suivi à long term.**

Renseignements personnels

Nom :	Prénom :	Carte santé :	Code :
Adresse :	Ville / Province :	Code postal :	
No de téléphone:	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	État civil :	Sexe :

Mode de vie : ☐ Seul ☐ Conjoint ☐ Autre membre de la famille ☐ Ami ☐ Résidence ☐ Autre

Language: ☐ Anglais ☐ Français ☐ Autre :

Y a-t-il une barrière linguistique? ☐ Oui ☐ Non Un interprète est-il nécessaire? ☐ Oui ☐ Non

Nom de la personne-ressource : Lien de parenté : No de tél. :

Qui devons-nous contacter pour le rendez-vous? ☐ Patient ☐ Personne-ressource

Nous acceptons seulement les demandes des patients âgés de 50 ans et plus pour une évaluation diagnostique et le début du traitement pour lesquels les conditions suivantes s'appliquent :

★ Liste de vérification obligatoire : Vous devez cocher **toutes les cases**, sinon la demande de consultation ne sera pas acceptée

- ☐ La personne présente un déclin cognitif léger ou atypique, non diagnostiqué (avec une déficience fonctionnelle minime ou légère), et pour lequel on soupçonne une dégénérescence neurologique. L'objectif de la consultation est de l'aiguiller vers un diagnostic et une intervention précoces.
- ☐ Il n'y a pas d'événement médical récent, de délire, d'accident vasculaire cérébral, de lésion cérébrale ou de maladie neurologique non contrôlée (p. ex. troubles épileptiques, sclérose en plaques).
- ☐ Il n'y a pas de fragilité, de chutes, de comorbidités multiples ou de polypharmacie pour lesquelles une consultation à l'Hôpital de jour gériatrique est mieux adaptée (faire une consultation vers le triage central des gériatriques, voir le lien). Formulaire d'inscription d'un cabinet médical (https://www.rgpeo.com/fr/)
- ☐ Il n'y a pas de trouble psychiatrique non contrôlé pour lequel une consultation en psychiatrie ou en géronto-psychiatrie serait mieux adaptée (faire une consultation vers le service centralisé de géronto-psychiatrie, voir le lien). Consultation conjointe : ROH-GPCSOFr_p1
- ☐ Il n'y a pas de trouble lié à la consommation d'alcool ou de substance expliquant les symptômes cognitifs de la personne.
- ☐ Je confirme que les examens de laboratoire requis (voir ci-dessous) ont été e ectués et analysés en soins primaires. Ceux-ci ont été jugés non contributifs (c.-à-d. qu'aucune cause réversible des symptômes cognitifs n'a été déterminée).
- ☐ Pièce jointe : Résultats des analyses sanguines et d'urine au cours des trois derniers mois (NFS, électrolytes, HbA1c, créatinine/eGRF, ALT, calcium ionisé, vitamine B12, TSH, analyse d'urine [chimique])
- ☐ Pièce jointe : Résultats du tomodensitogramme (CT) ou de l'imagerie par résonance magnétique (IRM) de la tête au cours des deux dernières années, ou preuve qu'un CT ou une IRM de la tête a été ordonnée ou est en cours d'examen
- ☐ Pièce jointe : liste des médicaments et dosages actuels
- ☐ Pièce jointe : copies des tests cognitifs antérieurs datés (le cas échéant)e

Santé Bruyère Health

Demande de consultation clinique - suite

Clinique de la mémoire Santé Bruyère

Obligatoire :
Décrire les motifs de consultation et de soupçon d'une neurodégénérescence émergente

Le patient conduit-it? ☐ **Oui** ☐ **Non**

Autres préoccupations

☐ Fonction ☐ Stress du fournisseur de soins ☐ Conduite automobile ☐ Autres préoccupations liées a la sécurités :

Antécédents médicaux (veuillez inclure des copies de consultations pertinentes, p.ex. en neurologie ou en psychiatrie)

Syndrôme de Down ou déficience intellectuelle? ☐ Oui ☐ Non Si "oui" , svp expliquer.

Fournisseur des soins primaires : Nom : Tél. : Téléc. : ☐ Aucun FSP

Source de recommandation si ce n'est pas un FSP : Nom : Tél. : Téléc. :

Signature du médecin traitant ou de l'infirmière praticienne traitante :

Nom (en caractères d'imprimerie) du médecin traitant :

Numéro de facturation du médecin :

Date de consultation :

Tous les champs doivent être remplis

Pour nous joindre

Heures d'ouverture

8 h à 16 h
No de téléphone : 613-562-6322
Télécopieur .: 613-562-6013

Adresse

75, rue Bruyère, bureau 110Y
Ottawa, Ontario
K1N 5C8

Veuillez nous contacter si l'état de santé de votre patient a changé et que cela modifie les critères d'acceptation