

**Critère d'exclusion :** notre clinique offre des services en matière de diagnostic et de traitement de la démence. Nous ne traitons pas les troubles associés à une lésion cérébrale acquise, une maladie neurologique établie (comme la sclérose en plaques), une consommation active de substances, une maladie psychiatrique mal contrôlée ou des troubles d'apprentissage de longue date. Les patients âgés de moins de 50 ans ne sont admis qu'exceptionnellement.

## La section doit être remplie pour toute demande de service

**Exigences pour traiter une demande de consultation au PMB (joindre à la demande) :**

- |  |           |  |
|--|-----------|--|
| <input type="checkbox"/> Résultats complets des analyses de sang et d'urine (faites au cours des trois derniers mois: FSC, Électrolytes, créatinine/estimation du DFG, glycémie aléatoire, ALT, calcium, vitamine B12, TSH, ferritine, test sérologique VDRL/syphilis, analyse des urines (chimique) | <b>ET</b> | <input type="checkbox"/> Tomodensitométrie ou IRM de la tête (au cours des deux dernières années) ou preuve que la demande a été faite ou que les résultats sont à venir |
|--|-----------|--|

Nom de famille du client :	Prénom :	N° carte assurance-santé	Code
----------------------------	----------	--------------------------	------

Adresse	Ville/Province	Code postal
---------	----------------	-------------

N° de téléphone	Date de naissance (jj/mm/aa)	État matrimonial	Langue	Sexe
-----------------	------------------------------	------------------	--------	------

Condition de logement :  Seul  Conjoint  Parenté  Ami  Résidence  Autre

Personne ressource :	Lien	N° de tél. domicile	N° de tél. travail	N° de cell.
----------------------	------	---------------------	--------------------	-------------

Adresse	Ville/Province	Code postal
---------	----------------	-------------

Pour les rendez-vous, communiquer avec :  Client ou  Personne ressource

Nom du médecin de famille :	N° de téléphone	N° de télécopieur
-----------------------------	-----------------	-------------------

Adresse	Ville/Province	Code postal
---------	----------------	-------------

Date de la dernière visite :	Client avisé de la demande?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
------------------------------	-----------------------------	---

Nom du requérant (si autre que médecin de famille)	Nom/Agence
--	------------

N° de téléphone	N° de télécopieur
-----------------	-------------------

**Raison de la demande :**

**Antécédents médicaux :**

**Liste des médicaments actuels : (nom/posologie)**

**Veillez annexer les rapports de tests diagnostiques et d'évaluations (moins d'un an)**

Signature du médecin :	N° de facturation du médecin :
------------------------	--------------------------------

Nom du médecin traitant en lettres moulées :	Date de la demande :
--	----------------------