

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 demande de consultation ne sera pas traitée sans les résultats suivants (joindre à la demande) :

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) **ET** 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? Oui 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 :