

Demande de consultation Centre Mémoire

Date de la demande :

Demande faite par : _____

Coordonnées du patient :

Nom : _____

Prénom : _____

Né(e) le : _____

No de téléphone : _____

Adresse : _____

Email : _____

Lieu de vie actuel domicile EMS Autre

PERSONNE À CONTACTER POUR LA PRISE DE RENDEZ-VOUS

Patient : lui-même :

Proche aidant :

Nom : _____

Prénom : _____

Lien de parenté : _____

Adresse _____

Téléphone _____

Mail _____

Le proche sera-t-il présent à la consultation ? OUI NON

(Présence d'un proche vivement recommandée si possible)

Coordonnées du Médecin traitant

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Mail : _____

Téléphone : _____

Motif(s) de la consultation : Bilan de troubles mnésiques et/ou cognitifs qui inquiètent :

le patient/te

les proche(s)

le réseau de soins

deuxième avis

Contact téléphonique souhaité avant la consultation ? OUI NON

Éléments d'anamnèse motivant la consultation

Diagnostiques actuels, comorbidités, antécédents, facteurs de risque, déficiences sensorielles

(Maladie neurologique, antécédents vasculaires (AIT/AVC ; maladie coronarienne ; insuffisance artérielle ; antécédents de traumatisme crânien ou TCC, troubles anxieux et/ou dépressif ; trouble psychiatrique autre connu ou suspecté)

Traitement actuel (médication, physiothérapie, ergothérapie, logopédie...)

Liste des médicaments jointe à la demande

Bilan neuropsychologique déjà effectué ? OUI NON

Lieu _____ Date _____

Examens déjà effectués. (Documents à joindre à la demande, si disponibles, merci).

Bilan sanguin (y compris B12, folates, calcémie et TSH)

Neuroimagerie (IRM, CT-scan, autre ?)

Tests cognitifs/bilan neuropsychologique antérieurs (y c. rapports et résultats aux tests)

Suivi psychologique (CNP, autre) déjà en place ? OUI

Suivi psycho-social (AROSS, infirmiers à domicile,...) déjà en place ? OUI

▪ **Participation du Médecin traitant, ou d'un autre professionnel à la consultation de restitution** OUI

Si oui, quelle(s) personne(s) _____

▪ **Donnez-vous votre accord à ce que nous puissions organiser une évaluation via AROSS à domicile si besoin pour évaluation des besoins du patient ?** OUI NON

Maîtrise du français :

Suffisante Traducteur souhaité Précisez la langue svp

Veillez transmettre votre demande d'évaluation via (mail HIN, courrier..) à :

**Centre Mémoire Neuchâtelois
Maladière 45 / Chasseral 20
2000 Neuchâtel / 2300 La Chaux-de-Fonds
Tél. 079 559 57 12
e-mail : centrememoire@rhne.ch**

Annexes

Bilan biologique recommandé avant consultation :

- Na, K, phosphate; calcium ionisé
- Urée ; créatinine
- ASAT ; ALAT ; gamma-GT ; phosphatase alcaline ; TSH,
- Vitamine B12 ; folate ;
- (Sérologie Lyme ; HIV, Syphilis) selon clinique
- Bilan lipidique
- Glucose, Hémoglobine glycyquée
- (Sérologie Lyme ; HIV, Syphilis) selon clinique