



No dossier		
Nom		
Prénom		
DDN	NAM	Exp.
Classification :		

**FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE À LA
CLINIQUE DE MÉMOIRE ET DE COGNITION DU NORD DE L'ÎLE DE MONTRÉAL (CMC-NIM)
CHSLD Notre-Dame-de-la-Merci
555 Boul. Gouin Ouest, Montréal, H3L 1K5**

Veuillez acheminer la demande au Guichet d'accès SAPA par courriel au Guichet_Acces_SAD.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca
ou par télécopieur au 514-331-8720

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE RÉFÉRÉE (si pas d'adressographie ci-haut) :

Nom à la naissance : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Code postal : _____ Téléphone : _____

Date de naissance : _____ NAM : _____ Date d'expiration : _____

Personne ressource (proche aidant) :

Nom : _____ Téléphone : _____ Lien : _____

RAISON DE CONSULTATION

Raison de consultation :

Précisez :

- Trouble cognitif léger (sans impact fonctionnel)
- Trouble cognitif majeur ou démence (avec impact fonctionnel)

En présence de signes ou symptômes atypiques et/ou précoces, veuillez préciser :

- Âge de début des symptômes **avant 65 ans**
- Progression **très rapide** (stade démentiel < 1 an après l'apparition des premiers symptômes)
- Trouble du **langage** (manque du mot, trouble de production, atteinte sémantique) inaugural ou isolé
- Trouble du **comportement** ou changement de personnalité inaugural ou isolé
- Trouble **visuel** sans cause ophtalmologique (suspicion d'une atrophie corticale postérieure)
- Syndrome **parkinsonien**, anomalie du sommeil REM ou dysautonomie sévère
- Antécédents familiaux faisant évoquer une **maladie d'origine génétique** autosomale dominante
- Incertitude diagnostique après une évaluation et un suivi
- Autre : _____

Est-ce qu'un diagnostic de trouble cognitif a déjà été posé? Oui Non

Si oui, veuillez préciser :

Diagnostic : _____

Médecin ayant posé ce diagnostic (spécialité) : _____

Précisez l'impact du trouble cognitif sur l'autonomie :

Présences de syndromes gériatriques :

Chutes Trouble de la marche et de l'équilibre

Perte de poids/dénutrition Dysphagie

Polypharmacie Incontinence

Autre : _____

Informations complémentaires :

SVP veuillez annexer :

- Feuille sommaire ou liste des problèmes médicaux

- Profil pharmacologique

- Investigations antérieures ou notes de consultation en lien avec le motif de référence actuel

Nom du médecin référent : _____

Numéro de pratique : _____

Signature : _____

Date : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Nom du médecin de famille (si différent du référent) : _____

Note : Le médecin traitant demeure responsable du suivi de l'utilisateur