

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE : READAPTATION COGNITIVE
- COURRIER D'ADRESSAGE -

Date de la demande : Médecin adresseur :

IDENTITE DU PATIENT


NOM : Prénom :

Date de naissance : Sexe : F M

Adresse :

 Domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

 Portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

 Mail : @

○ **Aidant principal**

○ **Médecin traitant :**

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Adresse :

Adresse :

Tél : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Tél : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

○ Troubles du comportement : Oui Non Si oui, lesquels :

.....

○ Troubles de l'élocution : Oui Non

○ Syndromes anxio dépressifs : Oui Non

○ MMS déjà effectué : Oui Non Si oui, MMS à

○ Aides techniques : Oui Non Si oui, lesquelles :

○ Aides humaines : Oui Non Si oui, lesquelles :

○ ALD : Oui Non

ANTECEDENTS

.....

.....

.....

TRAITEMENT ACTUEL

.....

.....

.....

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

.....

.....

.....

.....

Afin de compléter la prise en charge, merci de fournir :

- Bilan mémoire
- Compte-rendu neurologue
- Dernier bilan sanguin
- Ordonnances des traitements en cours
- Scanner ou IRM cérébrale en lien avec les troubles
