Mont-Paisible 16, 1011 Lausanne

Tél. +41 (0)21 314 51 51

Demande de consultation
*à envoyer à* *info.clm@chuv.ch**, par fax au 021 314 11 15 ou par courrier*

*Le patient est convoqué par nos soins. Si nécessaire, une copie de la convocation est adressée au proche aidant, au médecin traitant et au CMS, sauf demande contraire de votre part*.

**Date** :       **Demande faite par** :

**Coordonnées du patient :** **Coordonnées du** **médecin traitant :**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Rue:

NPA/Ville :

Téléphone :

**Coordonnées du proche aidant** **Prise en charge par CMS**

Nom/Prénom :       [ ]  Oui

Adresse :       [ ]  Non

Lien de parenté :       Quel CMS ?

Téléphone :

*La présence du proche lors de la consultation est extrêmement importante !*

**Motifs de la consultation**

**Diagnostics actuels, comorbidités**

**Traitement actuel (et antérieur, dans le domaine, efficacité, tolérance)**

**Examens déjà pratiqués**

* Examen neuropsychologique: [ ]  oui [ ]  non

Si disponibles : MMSE, test de l’horloge ou autres éléments similaires *(dates et scores dans remarques)*

* Laboratoire : [ ]  oui [ ]  non

FSS, CRP, TSH, vitB12, folates, calcium corrigé à la valeur d’albumine, électrolytes, créatinine, glucose, HbA1c, cholestérol (LDL, HDL), triglycérides, tests hépatiques, sérologies (selon contexte, Lyme, HIV, TPHA)

* Imagerie cérébrale: [ ]  oui [ ]  non

*Merci de nous transmettre, dans la mesure du possible, une copie des résultats et les clichés (CD) de l'imagerie.*

**Attentes par rapport à la consultation au Centre Leenaards de la mémoire (CLM)**

[ ]  Souhaitez-vous un contact téléphonique avant la consultation

[ ]  Diagnostic

[ ]  Problématique spécifique à évaluer (*à expliciter dans motifs de consultation*)

[ ]  Prise en charge ciblée par le CM (à *préciser dans motifs de consultation*)

[ ]  Prise en charge des aidants naturels

Si des médicaments pro-cognitifs sont indiqués, le CLM propose de débuter le traitement avec, au bout

d'un mois, une *consultation de contrôle* pour tolérance et adaptation de la dose.

**Si vous ne le souhaitez pas**, merci de l'indiquer en cochant ici [ ]

Le CLM initiera, en fonction des besoins, une démarche auprès du *CMS* et/ou de *l'Association Alzheimer*

et/ou de la *CPA* (Consultation pour les Proches Aidants).

**Si vous ne le souhaitez pas**, merci de l'indiquer en cochant ici [ ]

A la suite du bilan pratiqué, vous serez informé par courrier des résultats (aussi rapidement que possible, selon les délais des examens complémentaires nécessaires). Une *consultation de restitution* des résultats est organisée au CLM. Merci d’indiquer **si vous souhaitez y participer** [ ]  oui [ ]  non

**Remarques**