

# Demande consult. mémoire Gériatrie

Service: CS NEURO PSYCHO GERIATRIQUE – [gerontologie.secretariat5@chu-st-etienne.fr](mailto:gerontologie.secretariat5@chu-st-etienne.fr)

04 77 12 73 56 / 04 77 12 71 09

Patient : \_\_\_\_\_, né(e) le : \_\_\_\_\_



Date de la demande  Demandeur   
Médecin ou service demandeur

## Motif de la demande de consultation

- Bilan de troubles cognitifs  
 Troubles du comportement  
 Autre motif

Objectif de la consultation : \_\_\_\_\_

Patient informé de la demande : \_\_\_\_\_

Famille informée avec la demande : \_\_\_\_\_

Coordonnées de la personne à contacter ou personne ressource et lien : \_\_\_\_\_

MMS réalisé : **indispensable pour programmer un rdv** /30 Commentaire :

Test des 5 mots \_\_\_\_\_

Autre \_\_\_\_\_

IRM cérébrale réalisée ou prescrite et date : \_\_\_\_\_

Autre imagerie : \_\_\_\_\_

Dernière biologie : \_\_\_\_\_

Traitements : \_\_\_\_\_

Antécédents : \_\_\_\_\_

Troubles :  débutants  modérés  majeurs

ADL : /6

Autonome pour hygiène corporelle  non  oui

Autonome pour le choix des vêtements et habillage  non  oui

Autonome pour aller aux toilettes, se déshabiller et s'habiller ensuite  non  oui

Autonome pour la locomotion  non  oui

Autonome pour la continence  non  oui

Autonome pour les repas (mange seul)  non  oui

Bon de transport prévu pour la consultation : \_\_\_\_\_

Lieu de vie :

Domicile

EHPAD : définitif  (merci de prendre contact avec Unité Mobile NPG) temporaire

Foyer logement

Autre

Commentaires : \_\_\_\_\_