



Réseau Neuro Mémoire AVC-Allier
FICHE DE SCREENING
Pour demande d'intervention de la Neuropsychologue
au domicile du patient Date/...../.....

DEMANDEUR

Médecin :

Travailleur social :

Le patient sera adressé à l'issue des tests à :

- Consultation mémoire de:

- Gériatre Neurologue Psychiatre : Docteur

Délai souhaité : urgent Rendez-vous consultation le :

PATIENT

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... sexe : F M

Adresse:

Tél : _____

RENSEIGNEMENTS

- Quels tests ont été faits : Horloge 5 mots MMS score...../30
- Plaintes mnésiques récentes: oui non
 Reconnues peu acceptées Signalées par l'entourage
- Autres troubles : langage visuels autres
- Date probable du début des troubles :/...../.....
- Existence de troubles de comportement :
 Sommeil agitation déambulation agressivité
- Autonomie : Orienté : oui non Cohérent : oui non
- Examens effectués : scanner Biologie

AIDANT

Nom..... Lien de parenté..... Tél :

Besoin d'aide dans les actes de la vie courante :

Toilette habillage repas courses

- A-t-il l'APA ? oui non GIR.....
- Vit seul : oui non isolé à la campagne
- Informé de l'existence du Réseau Mémoire Allier : oui non

ADRESSER CETTE FICHE REMPLIE:

par courrier au :

Réseau Neuro Mémoire AVC- Allier
Madame Geneviève Lefebvre
Cadre Coordinatrice
7 Rue du Chêne Vert
03500 Saint Pourçain sur Sioule
04 70 47 55 71

ou par FAX au :