

FICHE DE DEMANDE DE CONSULTATION MÉMOIRE

DATE :

IDENTITÉ :

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

TÉLÉPHONE :

PROFESSION :

NIVEAU D'ÉTUDES :

LATÉRALITÉ : droitier / gaucher

ANTÉCÉDENTS :

- PERSONNELS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX :
- FAMILIAUX :

TRAITEMENT HABITUEL :

TYPE DE PLAINTE (mémoire, langage, comportement...)

DATE PRÉSUMÉE DE DÉBUT DES SYMPTOMES :

MMS : /30

DATE ET RÉSULTAT DE L'IMAGERIE CÉRÉBRALE (si réalisée)

Merci de nous indiquer si le patient a déjà bénéficié d'une consultation neurologique ou gériatrique antérieure

Merci de nous signaler si des solutions de placement ont été ou sont envisagées actuellement aux vues des difficultés familiales et sociales rencontrées.

Cette fiche est adressée sur simple demande :

- **Par fax : 04 77 44 38 52**
- **Par mail : secretariat.neurologie@ch-roanne.fr**
- **Par voie postale :**
Secrétariat de neurologie
Centre Hospitalier de Roanne
28 rue de Charlieu
42300 ROANNE