

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE CAVILLON-LAURIS  
SERVICE DE MEDECINE POLYVALENTE  
HDJ DEPISTAGE DES FRAGILITÉS CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE  
BILAN MÉMOIRE

COURRIER DE DEMANDE D'UN BILAN MÉMOIRE – PATIENT (E) > 75 ANS

DATE : .../.../.....

Cher confrère / Chère consœur,  
Je vous adresse Monsieur / Madame .....  
Né (e) le .../.../..... Agé (e) de ..... ans pour un bilan de mémoire.

Il / Elle présente comme antécédents .....

Plaintes du patient : .....

Son entourage décrit :

Changement de comportement  Changement de personnalité

Y a-t-il des risques civils ?

A l'usage de la voiture  Patient isolé  Altération récente qualité de vie  
 Risque domestiques  Soutien possible de l'entourage

On note des retentissements sur la:

Vie domestique  Vie familiale  Vie sociale  prise des traitements

L'examen clinique récent note :

TA : ..... /..... mmHg

Poids stable  Perte de poids  Chute  troubles de l'équilibre  MMSE

Déficit sensoriel *précisez svp* .....

Troubles comportementaux *précisez svp* .....

Merci de joindre son ordonnance médicale actuelle

Le patient dispose-t-il d'aide  Oui  Non

*Si oui lesquelles :* .....

Le principe de la consultation mémoire a t-il été accepté sans réserve :

Par l'entourage  Oui  Non

Par la famille (l'entourage)  Oui  Non

Confraternellement

Contact du patient : .....

Nom et contact de la personne à contacter : .....

Nom et contact du Médecin traitant : .....