

## FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE - Clinique de Santé Cognitive

Envoyez via :

Télécopieur	(514) 888-4451
Courriel	clinique.sante.cognitive.comtl@ssss.gouv.qc.ca

NOM ET PRÉNOM DU PATIENT:
ADRESSE:
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE:
NUMÉRO D'ASSURANCE-MALADIE:
DATE DE NAISSANCE:
PERSONNE CONTACT (Nom, relation, adresse et numéro de téléphone) :
COURRIEL (*Important pour le premier contact*) :

MMSE ____/30 Date: _____ *Si disponible: MoCA ____/30 Date: _____
<input type="checkbox"/> SVP confirmez que le patient n'a pas de plaintes cognitives importantes
<u>Raison de la consultation:</u>

Nom, spécialité et numéro de licence du médecin référent (en lettres moulées) :

\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_