



## Formulaire d'inscription

### Identification du patient

Nom: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
*Nom* *Prénom*

Adresse: \_\_\_\_\_  
*Adresse* *Appartement*

\_\_\_\_\_  
*Ville* *Province* *Code postal*

Téléphone: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_

RAMQ: \_\_\_\_\_

Aidant: \_\_\_\_\_  
*Nom* *Prénom*

Téléphone: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_

### Milieu de vie:

- Maison
- Résidence pour personne autonome
- Résidence avec services
- CHSLD

### Présentation clinique

#### Diagnostic évoqué:

- Paralysie supranucléaire progressive (PSP)
- Atrophie multi-systématisée (AMS)
- Dégénérescence cortico-basale (DCB)
- Incertain

**Symptôme initial :**

- |                               |                          |                     |                          |
|-------------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| Trouble d'équilibre ou chutes | <input type="checkbox"/> | Maladresse          | <input type="checkbox"/> |
| Lenteur ou raideur            | <input type="checkbox"/> | Tremblement         | <input type="checkbox"/> |
| Changement de comportement    | <input type="checkbox"/> | Trouble d'élocution | <input type="checkbox"/> |
| Trouble de mémoire            | <input type="checkbox"/> | Blocage à la marche | <input type="checkbox"/> |

Date approximative d'apparition du premier symptôme: \_\_\_\_\_

**Contacts professionnels**

Médecin de famille: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_  
*Nom Prénom*

Neurologue: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_  
*Nom Prénom*

**Services actuels**

CLSC: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_

**Services :**

- |                |                          |                |                          |
|----------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| Physiothérapie | <input type="checkbox"/> | Service social | <input type="checkbox"/> |
| Ergothérapie   | <input type="checkbox"/> | Nutrition      | <input type="checkbox"/> |
| Orthophonie    | <input type="checkbox"/> | Autres         | <input type="checkbox"/> |

**Objectif de la référence**

- |   |                          |               |                          |
|---|--------------------------|---------------|--------------------------|
| Prise en charge complète                    | <input type="checkbox"/> | Deuxième avis | <input type="checkbox"/> |
| Suivi conjoint avec neurologue traitant     | <input type="checkbox"/> |               |                          |
| Participation à des protocoles de recherche | <input type="checkbox"/> |               |                          |

*Veillez nous faire parvenir les évaluations neurologiques et résultats antérieurs des examens d'imagerie (IRM, TEP cérébrale) que vous pouvez obtenir des archives des centres hospitaliers où vous avez été évalué. Vous pouvez nous faire parvenir ces documents par courriel à l'adresse [utmab.neuro.chum@ssss.gouv.qc.ca](mailto:utmab.neuro.chum@ssss.gouv.qc.ca) ou par télécopieur au 514-412-7139.*