



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 ou par télécopieur au 514-412-7139.