

- Dates □□ / □□ / □□□□
- Score MMSE □□
- ADL basal avec échelle de Katz □
- ADL instrumental avec échelle de Lawton □
- Echelle de Détérioration Globale □
- Echelle de perturbation  
compartement (NPI) □□□

2. A fait l'objet d'une proposition multidisciplinaire de soins et de support de l'entourage :

☐ Maintien du patient à domicile :

1°) Proposition de structure multidisciplinaire de soins : Date :  /  /

.....  
.....  
.....

2°) Proposition de support de l'entourage : Date :  /  /

.....  
.....  
.....

☐ Placement institution de soins : Date :  /  /

1°) Type d'institution : .....

2°) Nom et adresse de l'institution : .....

.....  
3°) Proposition de structure multidisciplinaire de soins : .....

4°) Proposition de support de l'entourage : .....

**V- Spécialité demandée :**

☐ **TAVONIN**

**VI- Identification du médecin spécialiste tel que visé au point a) 1. du § 252 du chapitre IV de l'A.R. du 21-12- 2001)**

**(nom, prénom, adresse, N°INAMI) :**

Je soussigné, médecin spécialiste reconnu en :

- ☐ psychiatrie
- ☐ neuropsychiatrie
- ☐ médecine interne gériatrie
- ☐ neurologie

**confirme les différents éléments mentionnés ci-dessus.**

(nom)

(prénom)

1--- (N° INAMI)

/  /  (DATE)



(CACHET)

..... (SIGNATURE DU MEDECIN)

**VII- Identification du médecin généraliste traitant (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :**

**Je soussigné, médecin généraliste traitant du patient dont l'identité figure au point I, confirme les différents éléments mentionnés ci-dessus.**

(nom)

(prénom)

1--- (N° INAMI)

/  /  (DATE)



(CACHET)

..... SIGNATURE DU MEDECIN