

## CONSULTATION MULTIDISCIPLINAIRE POST AVC



### INFORMATIONS PATIENT

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	
Adresse :	
Neurologue référent :	
Date souhaitée :	Date de la demande :

- ⇒ Déplacement du patient : fauteuil       oui       non  
⇒ Personne accompagnante       oui       non  
⇒ Mange seul       oui       non  
⇒ Régime alimentaire particulier : .....

### CONSULTATIONS SOUHAITEES

- Médecin Rééducateur :  
 Neurologue :  
 Consultation neuro-périnéale  
 Bilan urodynamique  
 Bilan en kinésithérapie  
 Bilan en ergothérapie  
 Bilan orthophonique  
 Présentation de l'Education Thérapeutique du Patient  
 Bilan neuro-psychologique

**Merci de nous adresser, également, un courrier de synthèse.**

### RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES – QUESTIONS POSEES

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