

## CONSULTATION MULTIDISCIPLINAIRE POST AVC



### INFORMATIONS PATIENT

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

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| ⇒ Déplacement du patient : fauteuil      | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| ⇒ Personne accompagnante                 | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| ⇒ Mange seul                             | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> 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

.....

.....

.....

.....

.....

.....