

## Certificat médical d'admission

Je soussigné(e) ....., Docteur en médecine,

Certifie que M .....

Résidant à : .....

Coordonnées téléphoniques du (ou de la) patient(e) et de l'aidant : .....

Caisse et N° SS : .....

Est atteint(e) d'une démence :  
 Type Alzheimer  
 Vasculaire  
 Fronto-temporale  
 A corps de Lewy  
 Autre. Précisez : .....

Diagnostiqué(e) le ..... / ..... / .....

Le diagnostic a-t-il été verbalisé au malade ?  Oui  Non

Parmi les traitements que reçoit le(la) patient(e), figure(nt) :

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Un inhibiteur de la cholinestérase | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input checked="" type="checkbox"/> Un traitement par mémantine        | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input checked="" type="checkbox"/> Un traitement anxiolytique         | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input checked="" type="checkbox"/> Un traitement antidépresseur       | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input checked="" type="checkbox"/> Un traitement antipsychotique      | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input checked="" type="checkbox"/> Un traitement neuroleptique        | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

**Prescription de 15 séances d'évaluation et de soins d'accompagnement et de réhabilitation par l'Equipe Spécialisée Alzheimer :**

Le ..... / ..... / .....

Cachet du praticien et signature