COGNIGRAM[MD]

Formulaire pour adresser un patient vers un centre d'évaluation COGNIGRAM[MD]

Veuillez visiter www.cognigram.com pour trouver le centre d'évaluation le plus proche (sous l'onglet « Localisateur de centre d'évaluation »), remplir ce formulaire et l'envoyer par télécopieur au numéro indiqué

Raison du test: ☐ Les préoccupations de mémoire ☐ Niveau initial de l'athlète ☐ L'athlète après blessure

☐ **Je voudrais adresser un patient pour une évaluation Cognigram au centre d'évaluation suivant:**

Nom du centre d'évaluation

Télécopieur

À remplir par le professionnel de la santé: Les renseignements suivants sont requis

Coordonnées du patient *(en lettres moulées)*

Prénom

Nom

Téléphone à domicile

Autre numéro de téléphone

Ville

Province

Code postal

Coordonnées du médecin

(nécessaire pour l'envoi des rapports et des résultats du patient)

Prénom

Nom

Numéro de permis de pratique

Téléphone au bureau

Télécopieur

Courriel du médecin

Signature du médecin:

Date (MM/JJ/AAAA)

Intervalle de répétition de l'évaluation (s'il y a lieu):

COGNIGRAM[MD] n'est pas un outil diagnostique. COGNIGRAM[MD] est une marque déposée de Cogstate Ltd. © 2015 Cogstate Ltd. Tous droits réservés.