

**PRESCRIPTION D'UN BILAN PSYCHIATRIQUE ET NEUROPSYCHOLOGIQUE  
AVEC EVALUATION DES FONCTIONS COGNITIVES CHEZ UN PATIENT POUR LEQUEL ON  
SUSPECTE UN DEBUT DE DEMENCE**

COORDONNÉES Médecin Prescripteur  
*(cachet, numéro INAMI, adresse postale)*

CONCERNANT (COORDONNÉES PATIENT\*E)  
*(vignette, téléphone, adresse postale)*

COORDONNÉES MÉDECIN TRAITANT  
*(si différentes du médecin prescripteur)*

**LE PATIENT SUSMENTIONNÉ PRÉSENTE** *(précisez la situation médico-psycho-sociale actuelle et le traitement actuel)*

**SITUATION MEDICO-PSYCHO-SOCIALE ACTUELLE**

**TRAITEMENT ACTUEL**

**JE PRESCRIS**

un bilan psychiatrique et neuropsychologique avec évaluation des fonctions cognitives chez un patient pour lequel on suspecte un début de démence.  
Ce bilan comprend un bilan neuropsychologique (prestation 477573) et une consultation psychiatrique (prestation 102992).

**MOTIF DE LA DEMANDE** *(précisez)*

**Date de la prescription**

**Cachet**

**Signature**