



RÉSEAU DE LA DÉMENCE DE LA RÉGION CHAMPLAIN
PROGRAMME D'ÉDUCATION SUR LA DÉMENCE pour les MÉDECINS DE FAMILLE

Ce programme répond aux critères d'agrément du Collège des médecins de famille du Canada et a été agréé pour les crédits Mainpro-M1 et jusqu'à 1,0 crédit Mainpro-C.

- Peut être donné dans votre cabinet sous forme de séances hautement interactives en petits groupes (déjeuner, dîner, fin d'après-midi, nourriture comprise. Idéal pour 4 à 12 personnes, mais peut être adapté selon les besoins).
- Au cours des dernières années, plus de 400 médecins ont participé à ces séances qu'ils ont qualifiées de pratiques et utiles.
- Les médecins formateurs comprennent : D^{re} Anne Byszewski, D^{re} Louise Carrier, D^r Bill Dalziel, D^{re} Inge Loy-English, D^r Andrew Frank et D^{re} Barbara Power.

Pour planifier une séance, veuillez remplir ce qui suit :

Veuillez indiquer (en classant de 1 à 4) les quatre domaines d'intérêt pour votre séance

1. _____ Dépistage précoce de la déficience intellectuelle
2. _____ Comment distinguer la déficience intellectuelle légère (DIL) du vieillissement normal et de la démence
3. _____ Évaluation pratique de la démence en 3 à 5 consultations en cabinet (une trousse d'information sur la démence)
4. _____ Diagnostic d'autres démences inhabituelles : démence du corps de Lewy / démence frontotemporale
5. _____ Approche à la démence vasculaire, alzheimer mixte / démence vasculaire et traitement des « facteurs de risque »
6. _____ Les rouages de l'amorce des inhibiteurs de la cholinestérase
7. _____ Comment surveiller la réaction d'un patient aux inhibiteurs de la cholinestérase
8. _____ Changement de stratégie : comment composer avec les patients qui ne tolèrent pas le premier inhibiteur de la cholinestérase ou n'y réagissent pas
9. _____ Évaluation de la sécurité de la conduite automobile (une trousse d'information sur la conduite automobile et la démence)
10. _____ Comportements et symptômes psychologiques de la démence
11. _____ Divulgence du diagnostic
12. _____ Démence grave
13. _____ Autre _____

PLANIFICATION ET PERSONNE-RESSOURCE

Choix de dates de début (veuillez indiquer 2 ou 3 jours de la semaine / dates ainsi que les heures de début souhaités).

Nom : _____

Adresse : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Téléc. : _____ Courriel : _____

Veuillez envoyer le présent formulaire par télécopieur à la Société Alzheimer d'Ottawa et du comté de Renfrew : 613-523-8522