

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT	
Nom :	No de carte d'assurance-maladie :
Adresse postale :	Téléphone :
Ville / province / code postal :	Date de naissance (J/M/A) :
Est-il possible de laisser un message à ce numéro de téléphone pour fixer un rendez-vous? : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Diagnostic et symptômes du patient :	<p style="text-align: center;">Aide-mémoire</p> <input type="checkbox"/> (Obligatoire) Formulaire de recommandation rempli <input type="checkbox"/> (Complémentaire) Documents médicaux supplémentaires appuyant le diagnostic du patient <input type="checkbox"/> (Complémentaire) Antécédents de traitements et de médicaments non indiqués dans le formulaire de recommandation
Traitements actuels / médicaments :	
Traitements antérieurs / médicaments :	
Autres antécédents pertinents :	
Un rendez-vous de consultation sera fixé dès que TOUS les renseignements demandés auront été reçus et étudiés.	
Médecin traitant :	Assurance # :
Adresse :	
Téléphone : () -	Télécopieur : () -

SIGNATURE

NOM

DATE (J/M/A)