

## 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 :							
Liste des Rx (peut être joint séparément) :							
Médecin traitant :	No de permis :						
Adresse :							
Téléphone : ( ) -	Télécopieur : ( ) -						
Veuillez indiquer s'il y a historique ou présence de : <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Non applicable</td> <td><input type="checkbox"/> Troubles ou épisodes psychotiques</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Maladie cardiovasculaire active ou instable</td> <td><input type="checkbox"/> Problèmes de santé mentale</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hypertension non contrôlée</td> <td><input type="checkbox"/> Usage de substances problématiques ou dépendance</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Non applicable	<input type="checkbox"/> Troubles ou épisodes psychotiques	<input type="checkbox"/> Maladie cardiovasculaire active ou instable	<input type="checkbox"/> Problèmes de santé mentale	<input type="checkbox"/> Hypertension non contrôlée	<input type="checkbox"/> Usage de substances problématiques ou dépendance
<input type="checkbox"/> Non applicable	<input type="checkbox"/> Troubles ou épisodes psychotiques						
<input type="checkbox"/> Maladie cardiovasculaire active ou instable	<input type="checkbox"/> Problèmes de santé mentale						
<input type="checkbox"/> Hypertension non contrôlée	<input type="checkbox"/> Usage de substances problématiques ou dépendance						
*Si oui, veuillez joindre les rapports pertinents							

**Un rendez-vous de consultation sera fixé dès que TOUS les renseignements demandés auront été reçus et étudiés.**

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE

\_\_\_\_\_  
NOM

\_\_\_\_\_  
DATE (J/M/A)