

Formulaire Centrale de Rendez-vous GAMF

CCOMTL/DSIPL/Coordination GMF

1. Nom :
Prénom Deuxième prénom Nom

2. Date de naissance :
MM JJ AA

3. Adresse :

4. Coordonnées téléphoniques : Cellulaire : Domicile :

6. Raisons de consultation :

- Renouvellement d'ordonnance Besoin d'une consultation médicale ponctuelle
 Autres

8. Notes additionnelles :

9. Pharmacie référente :

Téléphone : Fax :

10. Exclusions :

- PATIENT AYANT UN MÉDECIN DE FAMILLE
- PFSI
- ASSURANCE PRIVÉE
- PATIENT HORS TERRITOIRE

Liste des codes postaux admis : **H2V H3A-H3G-H3H-H3N-H3P-H3R-H3S-H3T-H3V-H3W-H3X-H3Z H4A-H4B-H4P-H4V-H4W-H4X**

Si vous souhaitez communiquer avec nous par courriel, veuillez nous envoyer à l'adresse suivante : crv.gamf.ccomtl@ssss.gouv.qc.ca

Les informations ci-joint :

- Nom et prénom du patient
- Coordonnées téléphoniques
- RAMQ
- Raison de la consultation

Signature : Date :
MM JJ AA

Fax - centrale de rendez-vous GAMF :

514-934-4973