|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | G:\Archivistes\Projet oWord\Gabarits\JMA\Logo\LogoCIUSSSCSIM.jpg | No de dossier : | RAMQ : | | Nom : | Prénom : | | DDN :       (     ) | Sexe : | | Début épisode : | No ch. : | | Md traitant : | |   \*SM03056\*  **DEMANDE DE CONSULTATION**  **CLINIQUE EXTERNE HÔPITAL CHINOIS DE MONTRÉAL** |

Double identification faite

**1. SPÉCIALISTE DEMANDÉ·E**

|  |  |
| --- | --- |
| Cardiologue | Endocrinologue |
| Dermatologue | Ophtalmologue |
| Médecine interne |  |

**2. RÉFÉRENT·E**

|  |  |
| --- | --- |
| **Médecin/IPS référent·e** | **Médecin de famille/IPS**  Même que référent·e |
| Prénom, nom : | Prénom, nom : |
| Numéro de permis : | Numéro de permis : |
| Médecin de famille/IPS  Autre : | Médecin de famille/IPS  Autre : |
| Numéro de téléphone : | Numéro de téléphone : |
| Numéro de télécopieur : | Numéro de télécopieur : |

**3. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX**

**Motif(s) de la demande**(problématiques, besoins, attentes) :

Mise en place d’interventions avant la référence :

Oui, préciser :        Non

**Antécédents médicaux, chirurgicaux et psychiatriques pertinents :**

**Allergies** :

**Veuillez cocher les éléments qui s’appliquent à l’usager·ère** :

Usager·ère d’origine chinoise ou Sud-Est asiatique

Troubles cognitifs

Abus et/ou consommation de substances, préciser :

Visite à l’urgence ou hospitalisation récente, préciser :

**4. INFORMATIONS OBLIGATOIRES**

**Critères d’éligibilité** :

Usager·ère de 18 ans et plus

Usager·ère qui ne nécessite pas de lève-personne pour se déplacer

**Signature du médecin/IPS référent·e :**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom (en lettres moulées) : | No de permis : |
| Titre d’emploi : | |
| Signature : | Date : |

**Veuillez faire parvenir votre demande de référence par télécopieur au 514 871-1619.**

**Pour toute information, communiquez au 514 871-0961, poste 215.**

|  |  |
| --- | --- |
| **SECTION RÉSERVÉE À LA CLINIQUE EXTERNE** | |
| **Date réception de la demande :** | |
| **Demande acceptée** | Date du rendez-vous : |
|  | Médecin : |
| Information complémentaire : | |
| Demande refusée  Demande annulée  Personne référente avisée | |
| Motif du refus ou de l’annulation : | |
| |  |  | | --- | --- | | Nom et prénom (en lettres moulées) : | No de permis : | | Titre d’emploi : | | | Signature : | Date : | | |