|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 :       |

 |