



**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 <input type="checkbox"/> Même que référent·e
Prénom, nom : _____	Prénom, nom : _____
Numéro de permis : _____	Numéro de permis : _____
<input type="radio"/> Médecin de famille/IPS <input type="radio"/> Autre : _____	<input type="radio"/> Médecin de famille/IPS <input type="radio"/> 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 : _____

Nom :

Prénom :

Dossier :

Veillez cocher les éléments qui s'appliquent à l'utilisateur :

- 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 : _____

Veillez 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 : _____