



IUG369



DEMANDE DE CONSULTATION

Clinique externe de continence urinaire

Téléphone : 514-340-2800 poste 3305 ou 2410 – Télécopieur : 514-340-3542

IDENTIFICATION DE L'USAGER			
Nom à la naissance :	_____	Prénom :	_____
Nom usuel :	_____	Adresse :	_____
Téléphone :	_____	Ville :	_____ C.P. : _____
Date de naissance :	___/___/___/	Âge :	_____ Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
État civil :	C <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	Autre :	<input type="checkbox"/>
Langue(s) parlée(s) :	Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>	Autres :	<input type="checkbox"/>
Nom du conjoint(e) :	_____	Âge :	_____
Personne à contacter :	_____		
Lien :	_____	Tél. résidence :	_____ Tél. bureau : _____
Le patient habite :	<input type="checkbox"/> seul	<input type="checkbox"/> fille/fils	<input type="checkbox"/> famille d'accueil <input type="checkbox"/> résidence sans services
	<input type="checkbox"/> époux/épouse	<input type="checkbox"/> ami(e)	<input type="checkbox"/> milieu institutionnel <input type="checkbox"/> résidence avec services

PROGRAMME RÉFÉRANT		
Soi-même <input type="checkbox"/>	Hôpital de jour <input type="checkbox"/>	UCDG <input type="checkbox"/>
Réadaptation <input type="checkbox"/>	Hôpital de soins aigus <input type="checkbox"/>	Centre d'accueil <input type="checkbox"/>
Soins de longue durée <input type="checkbox"/>	CLSC <input type="checkbox"/>	Pratique privée <input type="checkbox"/>
Autres : _____		

Est-ce votre première demande : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/>		

MOTIF DE LA RÉFÉRENCE : Incontinence urinaire	
• Depuis quand ?	_____
• Combien de fois par semaine ?	_____
• Consultations antérieures	_____
• Évaluation ?	_____
• Traitement ?	_____

