

SERVICES COMMUNAUTAIRES DE GÉRONTO-PSYCHIATRIE D'OTTAWA
DEMANDE DE SERVICE

DATE DE LA DEMANDE:

Nom de famille du client:	Prénom:	Carte santé	Code			
Adresse	Ville/province	Code postal				
N° téléphone	Date naissance (jr/mo/an)	État matrimonial	Langue	Sexe		
Condition de logement:	<input type="checkbox"/> Seul	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Parenté	<input type="checkbox"/> Amis	<input type="checkbox"/> Résidence	<input type="checkbox"/> Autre
Personne contact:	Lien avec le client	N° téléphone maison	N° téléphone travail	N° Cellulaire		

Qui joindre pour le rendez-vous? Client ou Personne contact

Nom du médecin de famille :	N° téléphone	<u>N° télécopieur</u>
Adresse	Ville/province	Code postal

Date de la dernière visite : Client avisé de la demande? Oui Non

Nom du requérant : (si autre que le médecin de famille)	Nom/Agence
N° téléphone	<u>N° télécopieur REQUIS</u>

Raison de la demande : _____

Antécédents médicaux : _____

Médicaments : (Nom/Dosage) _____

N° de téléphone de la pharmacie :

Services gériatriques spécialisés impliqués :

S'il vous plaît, annexer les tests diagnostiques/rapports d'évaluation pertinents (moins d'un an)

CETTE SECTION EST REQUISE POUR TOUTE DEMANDE DE SERVICE

Signature du médecin référant : _____	N° de facturation: _____
Nom du médecin référant en lettres moulées: _____	

ENVOYER PAR LA POSTE
OU PAR TÉLÉCOPIEUR :

75 rue Bruyère, bureau 127 Y, Ottawa (Ontario) K1N 5C7
Téléphone : 613-562-9777/Téléc. : 613-562-0259