

Informations sur le ou la patient(e)

Nom :	No d'assurance-santé :	CV :				
Adresse :	Date de naissance :					
Telephone no 1 :	Ville :	Code postal :				
Telephone no 2 :	Sexe :	État civil :				
Langue :	<input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Français	<input type="checkbox"/> Autre:			
Conditions de logement :	<input type="checkbox"/> Seul(e)	<input type="checkbox"/> Époux/se	<input type="checkbox"/> Autre parent	<input type="checkbox"/> Ami(e)s	<input type="checkbox"/> Résidence	<input type="checkbox"/> Autre

Personne avec qui communiquer

Nom :	Relation :	
Adresse :	Ville :	Code postal :
Téléphone :	Téléphone :	

Personne avec qui communiquer pour fixer un r.-v.

<input type="checkbox"/> Patient(e)	<input type="checkbox"/> Médecin ayant rempli la demande de consultation
<input type="checkbox"/> Autre Nom :	
Téléphone :	Relation :
Médecin ou personne ayant rempli la demande de consultation	Médecin de famille (s'il ne s'agit pas du même que celui ayant rempli la demande de consultation)
Nom :	Nom :
Adresse :	Adresse :
Téléphone :	Téléphone :
Télécopieur :	Télécopieur :

Le médecin de famille est-il d'accord avec la demande de consultation ? Oui Non

Justifications relatives à la demande de consultation

Nom :

DDN :

Services psychiatriques antérieurs

- Services communautaires de géronto-psychiatrie d'Ottawa (SCGPO)
- Le Royal
- Patient vu par (nom du psychiatre) : _____

Antécédents médicaux

Liste de tous les médicaments actuels (Prière de joindre la liste)

Renseignements médicaux à l'appui (Prière de joindre les documents)

P. ex. : analyses de sang, tomodensitogrammes, rapports de rayons X, essais de médicaments, hospitalisations ou congés d'hôpitaux, consultations en gériatrie, en neurologie, en psychiatrie ou avec d'autres spécialistes similaires

Informations supplémentaires

(p. ex. : toute préoccupation en matière de sécurité, de santé communautaire, d'ordre juridique, etc.)

Un manque d'informations peut entraîner un retard dans le traitement d'une demande de consultation.

SECTION OBLIGATOIRE POUR TOUTES LES DEMANDES DE CONSULTATION

Signature du médecin traitant / de l'infirmier praticien :

Numéro de facturation du médecin traitant / de l'infirmier praticien :

Nom en lettres moulées du médecin traitant / de l'infirmier praticien :

Veillez TÉLÉCOPIER la demande au

613-562-0259

Téléphone : 613-562-9777