

LTC: _____ Tél: _____ FX: _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT (s.v.p. imprimer) :

Date d'admission: _____
JJ / MM / AA

Chambre #: _____

Nom: _____

Date de naissance: ____ / ____ / ____
 JJ MM AAAA

Sexe: ☐ Masculin ☐ Féminin

Carte d'assurance maladie: _____ Code _____

Langue: ☐ Anglais ☐ Français ☐ Autre

État matrimoniale: ☐ Marié(e) ☐ Veuf/veuve ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Célibataire ☐ Autre

MANDATAIRE/PROCUREUR :

Lien de parenté:

Nom:

Adresse:

Code postal :

Téléphone: Domicile : Cellulaire :

Travail :

INFORMATION CLINIQUES:

Médecin qui demande la consultation :

Nom de famille : _____ Prénom : _____

LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS SONT ESSENTIELS

RAISON POUR LA DEMANDE:

OBJECTIF(S) DE LA DEMANDE:

ANTÉCÉDENTS MEDICAUX PERTINENTS:

Évaluation psychiatrique antérieure : ☐ Non ☐ Oui Par qui ? _____

Veuillez obtenir les rapports si *Oui*.

Signature du médecin: _____ Date: _____

Application refusée par CSMRO (s.v.p. ajouter au dossier du CLSD)

Raison :

Signature _____ Date : _____