

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 :**
Travail :**Cellulaire :****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 :** _____