



Hôpital Général de Hawkesbury
& District General Hospital Inc.

DERMATOLOGIE - DERMATOLOGY
(TÉLÉMÉDICINE – TELEMEDICINE)

DEMANDE D'ENREGISTREMENT ET TRANSMISSION – REGISTRATION REQUEST AND TRASMISSION Page 1 de/of 1

Nom du patient / *Patient Name*

Type de consultation / *Consultation Type* :

- Nouveau / *New*
 Suivi / *Follow-up*

Raison de la référence / *Reason for reference* :

Traitements essayés / *Attempted treatments* :

Historique médical / *Medical History* :

Allergies :

Médicaments actuels / *Current Medications* :

Nom du médecin faisant la référence / *Name of referring Physician* : Date :

No. de télécopieur (Télémédecine HGH) – Fax number (HGHTelemedicine) : (613) 636-6201