



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