Montfort

CLINIQUE NEUROLOGIE – ÉPILEPSIE PAR TÉLÉMÉDECINE

Formulaire de référence

Veuillez télécopier le formulaire complété au 613-907-8046

Identification (patient référé)					
Nom :			Prénom :		
Sexe :	F □	H □	DDN :		
Adresse :			# de carte Santé :		
			Langue :	**Français** □	**Anglais** □ **Autre** □
			Téléphone 1 :		
			Téléphone 2 :		
			Courriel:		

Informations cliniques		
Diagnostic :		
Médicaments	Dose	Fréquence
Autres symptômes :		

Attentes spécifiques du médecin référent :

Médecin référent
Nom : # de facturation :
Adresse : # Tél : # Télécopieur :
□ **J'accepte que le patient soit retourné à mes soins**

Signature du Médecin référent:

_____

Date: _____