



**Demande de consultation
Soins ambulatoires (patient externe)
Consultation Request
Ambulatory Care (outpatient)**

613-632-1111, poste | extension 72500
613-636-6175

Nom Name	
Prénom First name	
Date de naissance Date of birth	
No de carte d'assurance maladie Health insurance card no.	
Téléphone1 Telephone 1	Téléphone 2 Téléphone 2

Date de la demande | Date of request: (aaaa-mm-jj/yyyy-mm-dd)

SECTION A : Remplie par le médecin traitant | To be completed by the referring physician.

Nom du médecin traitant (lettres moulées) Referring physician name (print)	Spécialité demandée Specialty Requested	Ou Or	Spécialiste demandé Specialist Requested
	<input type="checkbox"/> Audiologie/ Audiology		<input type="checkbox"/>
Téléphone Telephone	<input type="checkbox"/> Cardiologie/ Cardiology		<input type="checkbox"/>
Télécopieur Fax	<input type="checkbox"/> Chirurgie générale/ General surgery		<input type="checkbox"/>
OHIP RAMQ (No de facturation Billing no.)	<input type="checkbox"/> Clinique d'allergie/ Allergy Clinic		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Dermatologie/ Dermatology		<input type="checkbox"/>
Signature du médecin Physician's signature	<input type="checkbox"/> Gastroentérologie/ Gastroenterology		<input type="checkbox"/>
Raison de la consultation (tableau clinique) Reason for consultation (clinical picture)	<input type="checkbox"/> Gestion de la douleur/ Pain Management		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Gynécologie/ Gynecology		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Médecine interne/ Internal medicine		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Néphrologie/ Nephrology		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Neurologie/ Neurology		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Ophtalmologie/ Ophthalmology *Cataractes seulement/ Cataracts only*		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Orthopédie/ Orthopedics		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Otorhinolaryngologie/ Otorhinolaryngology		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Pneumologie/Respirology		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inclure les résultats des examens liés à la raison de la consultation. Include test results related to the reason for consultation.	<input type="checkbox"/> Urogynécologie/ Urogynecology		<input type="checkbox"/>
Médicaments actuels (y compris les médicaments sans ordonnance) Current medication (including non-prescription medication) <input type="checkbox"/> Liste ci-jointe / List attached	<input type="checkbox"/> Urologie/ Urology		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Autre/ Other		<input type="checkbox"/>

