

 Demande de consultation Soins ambulatoires Consultation Request Ambulatory Care  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. (exp. date)	
Date de la demande Date of request: (aaaa-mm-jj/yyyy-mm-dd)	Téléphone1 Telephone 1	Téléphone 2 Téléphone 2
Page 1/2		

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*	Information requise* Required information*
Téléphone Telephone*	☐ Audiologie / Audiology	
Télécopieur Fax*	☐ Cardiologie / Cardiology	Dossier cardiaque si patient non suivi a HGH (incluant notes cardiologie + examens). Bilan lipidique. Dyspnée : rayon-X pulmonaire, formule sanguine complète. / Cardiac file if patient is not followed at HGH (including cardiology notes + exams). Lipid profile. Dyspnea: chest X-ray, complete blood count.
Billing no*	☐ Chirurgie générale / General Surgery	Tous les résultats d'imagerie et de laboratoire pertinents. / All relevant imaging and laboratory results.
Signature du médecin Physician's signature*	☐ Clinique d'allergie / Allergy Clinic	
	☐ Gastroentérologie / Gastroenterology	Tous les résultats de laboratoire pertinents, l'imagerie, l'endoscopie et pathologie. / All relevant laboratory results, imaging, endoscopy and pathology.
Raison de la consultation (tableau clinique) Reason for consultation (clinical picture)*	☐ Gestion de la douleur / Pain Management	Tous les résultats d'imagerie pertinents pour la partie du corps. / All relevant imaging results for body part.
	☐ Gynécologie / Gynecology	PAP récent, imagerie pertinente. / Recent PAP, relevant imaging.
	☐ Médecine interne / Internal medicine	Tous les résultats d'imagerie et de laboratoire pertinents. / All relevant imaging and laboratory results.
	☐ Neurologie / Neurology	Référence pour les migraines : intolérance, contre-indication ou inefficacité à au moins deux médicaments prophylactiques appropriés, incluant au moins un antidépresseur tricyclique, un anticonvulsivant et/ou un médicament antihypertenseur. / Referral for migraines: intolerance, contraindication or ineffectiveness to at least two appropriate prophylactic drugs, including at least one tricyclic antidepressant, an anticonvulsant and/or an antihypertensive drug.
	☐ Ophtalmologie / Ophthalmology	Acuité visuelle corrigée (AVC) de chaque œil Évaluation du cristallin

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

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

		Le patient reconnaît l'impact significatif sur les activités quotidiennes Le patient confirme sa motivation pour la chirurgie. / BCVA each eye Crystalline Lens grading Patient acknowledges significant impact on daily activities Patient confirms motivation for surgery.
	☐ Orthopédie / Orthopedics	Tous les résultats d'imagerie pertinents pour la partie du corps. / All relevant imaging results for body part.
	☐ Pneumologie / Respiriology	Ordonnance ou résultat de la spirométrie (PFT) datant de moins de 6 mois. Tous les résultats pertinents de tomographie (CT) et de radiographie. / PFT order or result within 6 months. All relevant CT & X-ray results.
	☐ Rhumatologie / Rheumatology	Arthropathie inflammatoire : - RF, anti-CCP, CRP, Ca, Mg, CK, acide urique - ANA, ENA Radiographie des articulations affectées et des articulations sacro-iliaques en cas de douleur axiale. / Inflammatory arthropathy: - RF, anti CCP, CRP, Ca, Mg, CK, uric acid - ANA, ENA Xray of affected joints and SI joints if axial pain.
Médicaments actuels (y compris les médicaments sans ordonnance) Current medication (including non-prescription medication) ☐ Liste ci-jointe / List attached	☐ Urogynécologie / Urogynecology	Tous les antécédents pertinents et les constatations cliniques. / All relevant history and physical findings.
	☐ Urologie / Urology	
	☐ Autre / Other :	Inclure les résultats des examens liés à la raison de la consultation. Include test results related to the reason for c onsultation.

*Required

Veillez noter que l'HGH est situé en Ontario, et en conséquence, nos médecins n'ont pas accès au DSQ pour accéder toutes les informations requises. / Please note that HGH is located in Ontario, and as a result, our physicians do not have access to the DSQ to retrieve all relevant information.