



Formulaire de référence du médecin

Téléphone sans frais : 1-888-282-7763

Télécopieur sans frais : 1-844-320-9652

www.cmclinic.ca

Renseignements sur le patient :

Nom : _____ DN : _____ N° de carte d'assurance-maladie provinciale : _____
Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____
Téléphone : (T) _____ (M) _____ (C) _____
Courriel (obligatoire) : _____

Référence au service :

- OUI NON - Le patient prend-il des anticoagulants?
 OUI NON - La patiente est-elle enceinte ou essaie-t-elle de le devenir?
 OUI NON - Le patient est-il atteint d'une maladie transmissible importante (VIH, hépatite, etc.)?
 OUI NON - Le patient a-t-il une dépendance non traitée à une substance ou en abuse-t-il?

Systemique/autre:

Médicaments actuels : _____

Médicaments essayés pour la condition actuelle : _____

Renseignements sur le médecin : Êtes-vous membre d'un organisme de santé familiale/réseau de santé familiale/équipe de santé familiale? (Médecins de l'Ontario SEULEMENT) OUI NON

Médecin traitant : _____ Signature du médecin traitant : _____

N° de facturation : _____ N° d'identification de praticien: _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____ Date: _____

Désignation du médecin : FRCPSC FRCPC CCFP Other: _____

Veillez mettre en annexe tout renseignement pertinent, dont les antécédents médicaux, les images médicales ainsi que les consultations d'autres médecins ou de spécialistes.

Veillez choisir une clinique : Télémédecine (OTN)

- | | | | | |
|--------------------------------------|--|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Calgary, AB | <input type="checkbox"/> Edmonton, AB | <input type="checkbox"/> Barrie, ON | <input type="checkbox"/> Bracebridge, ON | <input type="checkbox"/> Hamilton, ON |
| <input type="checkbox"/> Kingston, | <input type="checkbox"/> London, ON | <input type="checkbox"/> Ottawa, ON | <input type="checkbox"/> Brampton, ON | <input type="checkbox"/> Vaughan, ON |
| <input type="checkbox"/> Toronto, ON | <input type="checkbox"/> Oakville, ON | <input type="checkbox"/> St. John's, NL | <input type="checkbox"/> Springdale, NL | <input type="checkbox"/> Pasadena, NL |
| <input type="checkbox"/> Halifax, NS | <input type="checkbox"/> Sackville, NB | | | |