

Formulaire de référence de médecin

Contact Niagara – Le point d'accès aux services de counseling et de psychiatrie pour les enfants et les jeunes de la région de Niagara. Notre processus assurera que votre demande sera dirigée vers les services appropriés
TÉLÉC: 905-684-2728

Informations personnelles du patient

Nom du patient:		Numéro de carte santé :	
Adresse:	Ville:	Code postal -	
Téléphone:	Cellulaire:	Autre: (choisir)	
DDN: (A/M/J)	Âge:	Sexe: <input type="checkbox"/> Femelle <input type="checkbox"/> Mâle	
Nom de la mère :		Nom du père:	
Vit avec: (choisir)			
Médecin de famille:		Téléphone:	
Psychiatre:		Téléphone:	

Renseignements du médecin/infirmière praticienne

Référé par:	Date:	Numéro de facturation du médecin:
-------------	-------	-----------------------------------

Raison pour la demande

<input type="checkbox"/> Psychiatrie <input type="checkbox"/> Counseling	<input type="checkbox"/> Diagnostic	<input type="checkbox"/> Médicaments
Commentaires:		

Comportement

Violent ou dangereux:	<input type="checkbox"/> Présentement	<input type="checkbox"/> Précédent	<input type="checkbox"/> Au cours de la dernière année
Menaces/tentatives de suicide:	<input type="checkbox"/> Présentement	<input type="checkbox"/> Précédent	<input type="checkbox"/> Au cours de la dernière année

Médicaments : Liste des médicaments actuels – veuillez imprimer clairement

Nom du médicament	Dosage	Fréquence

Allergies

Consentement

Je/nous soussignés acceptons l'échange d'information entre _____ et Contact Niagara. Je consens également à ce qu'un coordonnateur de services m'appelle afin de compléter le processus d'accueil.

SIGNATURE _____

DATE