

Formulaire de référence médicale  
pour les services de proximité  
(première ligne)

NOM À LA NAISSANCE : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

SEXE : F \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
Année / mois / jour

N.A.M. : \_\_\_\_\_ DATE D'EXPIRATION : \_\_\_\_\_  
Année / mois

### 1 – USAGER

Adresse : \_\_\_\_\_ Capacité usager à se déplacer : Oui : \_\_\_\_\_ Non : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Langue de communication : Français : \_\_\_\_\_ Anglais : \_\_\_\_\_ Autre(s) : \_\_\_\_\_

Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Besoin d'interprète : Oui : \_\_\_\_\_ Non : \_\_\_\_\_ Langue : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone de l'utilisateur :

Inscrit à un médecin de famille/IPS : Non \_\_\_\_\_ Oui \_\_\_\_\_ Nom du médecin de famille/IPS :

### 2 – CONTACT

Nom et prénom de la personne ressource à contacter :

Lien avec l'utilisateur : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

### 3 – RENSEIGNEMENTS Diagnostic ou hypothèse diagnostic / Prescription / Médicaments

Rapport diagnostic joint si disponible

### 4 – DEMANDE FORMULÉE PAR L'USAGER OU LE RÉFÉRENT (Besoin exprimé)

### 5 – ANALYSE DES FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION

### 6 – CONSENTEMENT / INFORMATION À L'USAGER

L'utilisateur est informé de cette demande de service et consent à l'envoi de la fiche de référence médicale à l'accueil intégré Santé/Social du CISSS de Laval

### 7 – RÉFÉRENT

Nom et prénom du référent : \_\_\_\_\_ Numéro de pratique : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Rétroaction : Indiquez le courriel de retour ou numéro de télécopieur :

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Envoyez le formulaire complété par Télécopieur au 450-975-5928