

# Demande de consultation en psychiatrie

---

Pour : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

NAM : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_

Diagnostics pertinents :

---

---

---

---

- Demande (aide technique à la mobilité) :
- Fauteuil roulant manuel
  - Fauteuil roulant motorisé
  - Base roulante
  - Positionnement
  - Marchette

Durée : usage quotidien et permanent.

Médecin traitant : \_\_\_\_\_

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

No. permis : \_\_\_\_\_

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

2016-08-23