

Formulaire d'inscription à télécopier au : 450 978-8392

Nom, prénom :		
Adresse :	Code postal :	
DDN :	N.A.M. :	
Téléphone :	Cellulaire :	

Critères d'admissibilité : ✓ Résider, travailler/étudier à Laval ou être suivi par un médecin lavallois
 ✓ Être âgé de 18 ans ou plus

Cocher (✓) le motif de référence parmi les choix suivants :

Nutrition clinique - rencontre individuelle			
➔ Annexer les analyses sanguines récentes si effectuées à l'extérieur du CISSS de Laval			
<input type="checkbox"/> Allergie/intolérance alimentaire, préciser : _____ <input type="checkbox"/> Anémie <input type="checkbox"/> Calculs biliaires <input type="checkbox"/> Cirrhose <input type="checkbox"/> Colite ulcéreuse <input type="checkbox"/> Dénutrition, maigreur ou risque important de dénutrition (sans trouble de comportement alimentaire)	<input type="checkbox"/> Diarrhée/constipation <input type="checkbox"/> Diverticulose symptomatique, diverticulite <input type="checkbox"/> Dyspepsie <input type="checkbox"/> Hyperuricémie, goutte <input type="checkbox"/> Hypoglycémie réactionnelle <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/> Insuffisance rénale stade 1, 2 et 3 (si non suivi par néphrologue) <input type="checkbox"/> Maladie cœliaque confirmée par biopsie duodénale ou par gastro-entérologue <input type="checkbox"/> Lithiases urinaires <input type="checkbox"/> Maladie de Crohn	<input type="checkbox"/> Maladie pulmonaire obstructive chronique à risque de dénutrition <input type="checkbox"/> Ostéoporose <input type="checkbox"/> Pancréatite <input type="checkbox"/> Reflux gastro-œsophagien <input type="checkbox"/> Stéatose hépatique <input type="checkbox"/> Syndrome du côlon irritable

Médecin traitant :	Clinique :	Tél. :
Référant (si autre que médecin) :	Clinique :	Tél. :
Signature du référant :		Date :

Section réservée au centre de rendez-vous Date(s) du rendez-vous : _____ Nom de l'intervenant : _____ Site : <input type="checkbox"/> RO Autre : _____	Date des messages 1. _____ 2. _____ 3. _____	<input type="checkbox"/> Refus le : _____ <input type="checkbox"/> Non rejoint (3 messages)
--	--	--

Note :

Section réservée à l'administration

Signature de la personne autorisée : _____ Date : _____

Pour questions, contacter l'agente administrative de l'équipe : 450 978-8300, option 1, poste 13169

Formulaire disponible sur l'Intranet : <http://cissslaval.intranet.reg13.rtss.qc.ca/carrefour-clinique/formulaires-cliniques/>
 (Direction des services professionnels)

Version avril 2019