

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