

Services ambulatoires 6e Nord

DEMANDE D'INSCRIPTION

Portail d'accès aux soins et services spécialisés
(PASSS)

Nom: _____

R.A.M.Q.: _____ EXP.: _____

dossier HCLM: _____

de tél. travail: _____

de tél. maison: _____

Date de la demande: _____

Diagnostic principal: _____

Conditions associées: _____

Renseignements cliniques pertinents (veuillez joindre les documents pertinents): _____

INVESTIGATION DEMANDÉE

Joindre les résultats des analyses déjà effectuées

Laboratoire de cardiologie: ECG Holter

Imagerie médicale: Examen(s) demandé(s): _____

Allergie iode: Oui Non Ordonnance externe de Prednisone remise au patient

Diabétique: Oui Non Joindre un résultat de créatinine < 3 mois

Consultation demandée en spécialité: _____

À L'USAGE DU CENTRE HOSPITALIER

(à compléter par la secrétaire du PASSS et faxer au médecin traitant)

Date du rendez-vous: _____ **Nom du médecin spécialiste:** _____

Heure: _____ **Endroit:** _____

Annulation de la demande : Date: _____ **Signature:** _____

Votre patient ne s'est pas présenté à son rendez-vous, nous nous voyons dans l'obligation d'annuler votre demande.

Date: _____ **Signature:** _____

SUIVI ET PRISE EN CHARGE PAR LE MÉDECIN DE FAMILLE

Cochez: Télécopier les résultats au Médecin traitant Revoir au cabinet privé avec les résultats

Autre: _____

Médecin remplaçant, s'il y a lieu: _____

Nom

permis de pratique

téléavertisseur

Nom du médecin traitant en lettre moulées

Signature du médecin traitant

permis de pratique

téléavertisseur

Nom de la clinique ou du CSSS

téléphone de la clinique ou du CSSS

télécopieur de la clinique ou du CSSS

Veuillez télécopier la demande avec les documents pertinents au 450-466-5036.

Les heures d'ouverture sont de 9h00 à 15h00, du lundi au vendredi.

Pour nous joindre, faites le 450-466-5000 poste 3581. Ce formulaire est disponible sur le www.hclm.qc.ca.