

Formulaire de référence médicale Pour les intervenants du domaine de la santé

Demande de consultation ou d'avis à

Dr Guillaume Painchaud, Médecin de famille, CMFC, LMCC, B.Sc Physiothérapie, Professeur de clinique
211-915 R. Lévesque Ouest, Tél : 581-307-7504, Fax : Aucun

Patient :

Nom :

NAM :

Téléphone :



Motif de la demande : *(Cocher ce qui s'applique et détailler au besoin)*

- Prise en charge d'un problème**
- Avis médical – consultation en retour au professionnel**
- Problématique administrative (des frais seront chargés à votre organisme)**

Traitements tentés : *(Cocher ce qui s'applique et détailler au besoin)*

- Information générale 811
- CLSC – Soutien infirmier
- Services sociaux
- Physiothérapie / Kinésiologie
- Ergothérapie
- Chiropratique
- Massothérapie
- Acupuncture
- Audiologie
- Autre professionnel :

Avant de faire parvenir la référence, veuillez-vous assurer de remplir les conditions suivantes :

- Le patient est avisé de la demande d'avis, et est d'accord
- Une copie de la présente demande est remise au patient et sera emmenée lors de la consultation
- Le patient doit prendre un RV selon les modalités habituelles via : drguillaumepainchaud.ca

Signature du référant :

Profession :

Adresse de retour :

Date :