

ID du client [aaaa/XXXX] _____

Date d'ouverture [jj/mm/aaaa] _____

Date de fermeture [jj/mm/aaaa] _____

CONSULTATION EN PÉDOPSYCHIATRIE

CLIENT

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance [jj/mm/aaaa] _____ Âge _____

Numéro d'assurance maladie _____

PARENTS

MÈRE

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Téléphone Dom. _____ Trav. _____ Cell. _____

Courriel _____

Numéro d'assurance maladie _____

PÈRE

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Téléphone Dom. _____ Trav. _____ Cell. _____

Courriel _____

Numéro d'assurance maladie _____

PHARMACIE

Nom _____

Téléphone _____ Télécopieur _____

Référence médecin de famille

Nom _____

Établissement _____ Téléphone _____

Évaluations antérieures *

Professionnel(le) Nom	Domaine	Date [jj/mm/aaaa]
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

* Joindre tous les rapports disponibles.

Suivis antérieurs

Professionnel(le) Nom	Domaine	Téléphone	Dates [jj/mm/aaaa] de	à
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Cliquez ici pour envoyer votre formulaire à la Clinique.

ENVOYER

Rem. : si vous utilisez une messagerie par internet (ex., Gmail ou Yahoo), vous aurez à sauvegarder ce formulaire sur votre ordinateur. Si vous utilisez un logiciel de messagerie (ex., Outlook), un courriel sera généré automatiquement.