

Consultation médicale

Service Centre CIRCUIT du CHU Sainte-Justine	Nom, Prénom du patient	
Requérant	DDN (AAAA/MM/JJ)	No dossier CHUSJ
# de pratique	RAMQ	Expiration (AA/MM)
Adresse complète du requérant	Adresse complète du patient	
Téléphone du requérant	Téléphone domicile	Cellulaire parent
Courriel du requérant	Courriel du parent ou du patient	

Diagnostic, renseignements cliniques et motifs de la demande

Facteurs de risque de maladie cardiovasculaire du patient référé

<input type="checkbox"/> Obésité <input type="checkbox"/> Cholestérol et dyslipidémie <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle <input type="checkbox"/> Diabète de type 1 <input type="checkbox"/> Diabète de type 2	<p>Le patient référé doit présenter au moins deux facteurs de risque de maladie cardiovasculaire pour pouvoir bénéficier de notre programme</p>
--	--

Veuillez annexer les courbes de croissance du patient à votre référence

Signature du requérant	Date AAAA MM JJ / /
------------------------	------------------------------------

Envoyez votre référence

Par courrier interne	Par télécopieur	Par courriel	Par la poste
CIRCUIT - Decelles 107	514 345-4971	info@centrecircuit.com	107-5757, av. Decelles, Montréal (QC) H3S 2C3