



Date de la demande : _____

DEMANDE DE CONSULTATION AU CENTRE CIRCUIT

RENSEIGNEMENTS DU PATIENT

Nom, prénom : _____ No dossier HPLG : _____

RAMQ : _____ Exp. : _____ DDN : _____

Adresse complète : _____

Téléphone : _____ Adresse courriel : _____

RENSEIGNEMENTS DU MÉDECIN OU PROFESSIONNEL RÉFÉRENT

Nom, prénom : _____ No de pratique : _____

CH/Clinique (adresse complète) : _____

Tél. privé : _____ Télécopie : _____

Adresse courriel : _____

RENSEIGNEMENTS DU MÉDECIN DE FAMILLE (Le patient doit avoir un médecin de famille pour être accepté à CIRCUIT+)

Nom, prénom : _____ No de pratique : _____

RAISONS DE CONSULTATION, DIAGNOSTICS ET RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

FACTEURS DE RISQUE DE MALADIE CARDIOMÉTABOLIQUE

<input type="checkbox"/> Surpoids ou obésité	<input type="checkbox"/> Stéatose hépatique	Le patient doit présenter au moins deux facteurs de risque de maladie cardiométabolique pour pouvoir bénéficier de notre programme.
<input type="checkbox"/> Dyslipidémie	<input type="checkbox"/> SAOS	
<input type="checkbox"/> HTA	<input type="checkbox"/> SOPK	
<input type="checkbox"/> Prédiabète <input type="checkbox"/> Diabète type 2	<input type="checkbox"/> Autre : _____	

Important : Veuillez annexer les courbes de croissance du patient à votre demande.

ENVOYEZ VOTRE RÉFÉRENCE

par courrier interne	par télécopieur	par courriel	par la poste
Pavillon Desrosiers Langlois (CIRCUIT) 87	450 470-9705	gloria.feeney@ssss.gouv.qc.ca	HPLG-Pavillon Desrosiers Langlois 821 Rue de la Soeur Marie Rose, Terrebonne, QC J6V 0E8