



Date de la demande : _____

DEMANDE DE CONSULTATION AU CENTRE CIRCUIT

RENSEIGNEMENTS DU PATIENT

Nom, prénom : _____ No dossier CHUSJ : _____

RAMQ : _____ Exp. : _____ DDN : _____

Adresse complète : _____

Tél. domicile : _____ Cellulaire : _____

Adresse courriel : _____

RENSEIGNEMENTS DU MÉDECIN OU PROFESSIONNEL RÉFÉRENT

Nom, prénom : _____ No de pratique : _____

CH/Clinique (adresse complète) : _____

Tél. privé : _____ Télécopie : _____

Adresse courriel : _____

RAISONS DE CONSULTATION, DIAGNOSTICS ET RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

FACTEURS DE RISQUE DE MALADIE CARDIOVASCULAIRE

<input type="checkbox"/> Obésité	<input type="checkbox"/> Stéatose hépatique	Le patient référé doit présenter au moins deux facteurs de risque de maladie cardiovasculaire 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"/> Diabète : <input type="checkbox"/> type 1 <input type="checkbox"/> 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
CIRCUIT - Decelles 107	514 345-4971	info@centrecircuit.com	107-5757, av. Decelles, Montréal QC H3S 2C3