

DEMANDE DE CONSULTATION

Service de pédiatrie (Pour les enfants de 5 à 17 ans)

Date de la demande : _____

1. RENSEIGNEMENTS DU PATIENT

Nom, prénom : _____ N° de dossier HRR : _____

RAMQ : _____ Exp. : _____ Date de naissance : _____

Adresse complète : _____

Tél. domicile : _____ Cellulaire : _____

Adresse courriel : _____

2. RENSEIGNEMENTS DU MÉDECIN OU PROFESSIONNEL RÉFÉRENT

Nom, prénom : _____ N° de pratique : _____

CH/Clinique (adresse complète) : _____

Tél. privé : _____ Télécopieur : _____

Adresse courriel : _____

3. RAISONS DE CONSULTATION, DIAGNOSTICS ET RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

4. FACTEURS DE RISQUE DE MALADIE CARDIOMÉTABOLIQUE

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Obésité (IMC \geq 95 ^e percentile) | <input type="checkbox"/> Prédiabète | <input type="checkbox"/> SAOS |
| <input type="checkbox"/> Dyslipidémie | <input type="checkbox"/> Diabète type 2 | <input type="checkbox"/> SOPK |
| <input type="checkbox"/> HTA | <input type="checkbox"/> Stéatose hépatique | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

*Le patient doit présenter **au moins un** facteur de risque de maladie cardiométabolique pour pouvoir bénéficier de notre programme.

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

ENVOYEZ VOTRE RÉFÉRENCE

Par télécopieur

418 730-0599

Par courriel

circuit.plus.cisssbsl@sss.gouv.qc.ca

Pour informations

418 318-5564