



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 CARDIOMÉTABOLIQUE**

<input type="checkbox"/> Surpoids ou obésité	<input type="checkbox"/> Stéatose hépatique	Le patient doit présenter <b>au moins deux</b> 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
CIRCUIT - Decelles 107	514 345-4971	info@centrecircuit.com	107-5757, av. Decelles, Montréal QC H3S 2C3