



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"/> Obésité	<input type="checkbox"/> Stéatose hépatique	<b>Le patient doit présenter au moins un facteur de risque de maladie cardiométabolique pour pouvoir bénéficier de notre programme.</b>
<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	circuit.cissslan@ssss.gouv.qc.ca	HPLG-Pavillon Desrosiers Langlois 821 Rue de la Soeur Marie Rose, Terrebonne, QC J6V 0E8