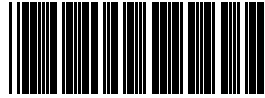


# REQUÊTE DE SERVICES PROFESSIONNELS



DT9055

Nom de l'établissement

**Demande d'opinion**

**Demande d'intervention**

**Service concerné**



**URGENT**

oui  non

Date d'admission

Année	Mois	Jour
_ _	_	_

Date de naissance		N° chambre	N° de dossier
Année	Mois	Jour	
_	_	_	
Nom et prénom à la naissance			
Nom usuel ou nom du conjoint			
Adresse			
Code postal	Téléphone ind. rég.	Sexe	
_ _	_ _	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
N° d'assurance maladie		Nom du médecin traitant	

## MOTIFS DE LA REQUÊTE (Diagnostics et renseignements utiles)

Signature du médecin traitant ou du requérant	N° de permis	Date	Année	Mois	Jour	Heure
			_	_	_	

## RÉPONSE DU PROFESSIONNEL

(Si la réponse est dictée, le professionnel doit consigner son opinion et les recommandations qui sont nécessaires, de façon immédiate.)

Signature du professionnel	N° de permis	Date	Année	Mois	Jour	Heure
			_	_	_	

- |  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Audiologie        | <input type="checkbox"/> Nutrition clinique | <input type="checkbox"/> Physiothérapie | <input type="checkbox"/> Service des soins spirituels | <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : |
| <input type="checkbox"/> Ergothérapie      | <input type="checkbox"/> Orthophonie        | <input type="checkbox"/> Podiâtrie      | <input type="checkbox"/> Service social               |   |
| <input type="checkbox"/> Médecine dentaire | <input type="checkbox"/> Pharmacie          | <input type="checkbox"/> Psychologie    | <input type="checkbox"/> Soins infirmiers             |   |

## REQUÊTE DE SERVICES PROFESSIONNELS