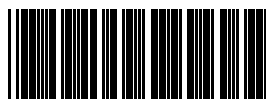


REQUÊTE DE SERVICES PROFESSIONNELS



DT9055

Nom de l'établissement _____

Demande d'opinion

Demande d'intervention

Service concerné _____



URGENT

oui non

Année Mois Jour

Date d'admission

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 | _____ |