[](https://fr.smartsheet.com/try-it?trp=17224&utm_language=FR&utm_source=integrated+content&utm_campaign=/medical-forms-templates&utm_medium=ic+medical+referral+form+template+17224+word+fr&lpa=ic+medical+referral+form+template+17224+word+fr&lx=aYf7K2kMaKALvWovhVtmDgBAgeTPLDIL8TQRu558b7w)**MODÈLE DE FORMULAIRE DE RECOMMANDATION MÉDICALE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RENVOYER LE FORMULAIRE DE DEMANDE DE RECOMMANDATION DÛMENT REMPLI À | |  | RÉFÉRÉ PAR |  | |  | FORMULAIRE DE RECOMMANDATION MÉDICALE | |
| **ATTENTION** |  |  | **MÉDECIN RÉFÉRENT** | |  |  | **VOTRE LOGO** | |
| **TÉLÉPHONE** |  |  | **SPÉCIALITÉ** | |  |  |
| **FAX** |  |  | **SIGNATURE** | |  |  |
| **MESSAGERIE ÉLECTRONIQUE** |  |  | **TÉLÉPHONE** | |  |  |
| FORMULAIRE REMPLI PAR | |  | **FAX** | |  |  |
| **NOM** |  |  | **MESSAGERIE ÉLECTRONIQUE** | |  |  |
| **TÉLÉPHONE** |  |  | **PCP** si différent | |  |  |
| **DATE** |  |  | **TÉLÉPHONE PCP** | |  |  |
| RENSEIGNEMENTS POUR LES PATIENTS | |  | SERVICE DEMANDÉ | | |  | RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURANCE | |
| **NOM** |  |  | **MOTIF DE LA RECOMMANDATION** | |  |  | **AUTORISATION REQUISE?** | OUI |
| **PRÉNOM** & **M.I.** |  |  |  | NON |
| **DATE DE NAISSANCE** |  |  |  | **AUTH. NON.** |  |
| **FEMME / HOMME** |  |  |  | **NON. de VISITES** |  |
| **INTERPRÈTE REQ.?** |  |  |  | **AUTH. EXP. DATE** |  |
| **LANGUE REQ.** |  |  |  | Le PPO | **RÉGIME D'ASSURANCE** |
| **NOM DU TUTEUR** |  |  |  | HMO |  |
| *Relation avec Pat.* |  |  |  | AUTRE |
| **ADRESSE DU PATIENT** |  |  | **PATIENT CONSCIENT** de la raison de l'aiguillage? Si ce n'est pas le cas, veuillez expliquer. | |  |  | **ID D'ASSURANCE** |  |
|  |  | **GROUPE MÉDICAL** |  |
|  |  | **TÉLÉPHONE** |  |
| **TÉLÉPHONE PORTABLE** |  |  | **SERVICE / SPÉCIALITÉ DEMANDÉ** | |  |  | **FAX** |  |
| **TÉLÉPHONE PERSONNEL** |  |  |  | **INS. NOM DU TITULAIRE** |  |
| **TÉLÉPHONE DE TRAVAIL** |  |  | **MÉDECIN DEMANDÉ** | |  |  | *Relation avec Pat.* |  |
| **MESSAGERIE ÉLECTRONIQUE** |  |  |  | **DATE DE NAISSANCE** |  |
| DIAGNOSTIC DE RÉFÉRENCE | |  | TYPE DE SERVICE DEMANDÉ | | |  | COMMENTAIRES SUPPLÉMENTAIRES | |
| **DIAGNOSTIC DE RÉFÉRENCE** |  |  |  | | **CONSULTATION** |  |  | |
|  |  | | **TRANSFERT DE**  SOINSévaluation / prise en charge des nouveaux patients |  |
|  |  |
| **CIM-9** |  |  |  |

|  |
| --- |
| **DÉMENTI**  Tous les articles, modèles ou informations fournis par Smartsheet sur le site Web sont fournis à titre de référence uniquement. Bien que nous nous efforcions de maintenir les informations à jour et correctes, nous ne faisons aucune déclaration ou garantie d'aucune sorte, expresse ou implicite, quant à l'exhaustivité, l'exactitude, la fiabilité, la pertinence ou la disponibilité en ce qui concerne le site Web ou les informations, articles, modèles ou graphiques connexes contenus sur le site Web. Toute confiance que vous accordez à ces informations est donc strictement à vos propres risques. |