



**DERMATOLOGIE - DERMATOLOGY**  
**(TÉLÉMÉDICINE – TELEMEDICINE)**

**DEMANDE D'ENREGISTREMENT ET TRANSMISSION – REGISTRATION REQUEST AND TRANSMISSION**

Page 1 de 1

**Nom du patient / Patient Name**

\_\_\_\_\_

**Type de consultation / Consultation Type :**

- Nouveau / New  
 Suivi / Follow-up

**Raison de la référence / Reason for reference :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Traitements essayés / Attempted treatments :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Historique médical / Medical History :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Allergies :**

\_\_\_\_\_

**Médicaments actuels / Current Medications :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nom du médecin faisant la référence / Name of referring Physician :**      **Date :**

\_\_\_\_\_

**No. de télécopieur (Télémédecine HGH) – Fax number (HGHTelemedicine) : 613-636-6201**