



**Demande de consultation**  
**Soins ambulatoires (patient externe)**  
**Consultation Request**  
**Ambulatory Care (outpatient)**

613-632-1111, poste | extension 72500  
 613-636-6175

Nom   Name	
Prénom   First name	
Date de naissance   Date of birth	
No de carte d'assurance maladie   Health insurance card no.	
Téléphone1   Telephone 1	Téléphone 2   Téléphone 2

Date de la demande | Date of request: (aaaa-mm-jj/yyyy-mm-dd)

**SECTION A : Remplie par le médecin traitant | To be completed by the referring physician.**

Nom du médecin traitant (lettres moulées)   Referring physician name (print)	Spécialité demandée Specialty Requested	Ou Or	Spécialiste demandé Specialist Requested
Téléphone   Telephone	<input type="checkbox"/> Cardiologie Cardiology		<input type="checkbox"/>
Télécopieur   Fax	<input type="checkbox"/> Chirurgie générale General surgery		<input type="checkbox"/>
OHIP   RAMQ (No de facturation   Billing no.)	<input type="checkbox"/> Clinique d'allergie Allergy Clinic		<input type="checkbox"/>
Signature du médecin   Physician's signature	<input type="checkbox"/> Gastroentérologie Gastroenterology		<input type="checkbox"/>
Raison de la consultation (tableau clinique)   Reason for consultation (clinical picture)	<input type="checkbox"/> Gestion de la douleur Pain Management		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Gynécologie Gynecology		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Médecine interne Internal medicine		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Neurologie Neurology		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Orthopédie Orthopedics		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Otorhinolaryngologie Otorhinolaryngology		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Pneumologie Respirology		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inclure les résultats des examens liés à la raison de la consultation. Include test results related to the reason for consultation.	<input type="checkbox"/> Urogynécologie Urogynecology		<input type="checkbox"/>
Médicaments actuels (y compris les médicaments sans ordonnance) Current medication (including non-prescription medication)	<input type="checkbox"/> Urologie Urology		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Liste ci-jointe / List attached <input type="checkbox"/> Autre Other		<input type="checkbox"/>

