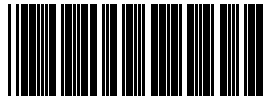


REQUÊTE DE SERVICES PROFESSIONNELS



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 ☐ F ☐	
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

:

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| ☐ Audiologie | ☐ Nutrition clinique | ☐ Physiothérapie | ☐ Service des soins spirituels | ☐ Autre (préciser) : |
| ☐ Ergothérapie | ☐ Orthophonie | ☐ Podiâtrie | ☐ Service social | |
| ☐ Médecine dentaire | ☐ Pharmacie | ☐ Psychologie | ☐ Soins infirmiers | |

REQUÊTE DE SERVICES PROFESSIONNELS

AH-248 DT9055 (rév. 2014-11)

☐ Dossier de l'utilisateur ☐ Médecin traitant ou autre requérant ☐ Service