



Service de télésanté mentale Formulaire de suivi

NOM	PRÉNOM
MDN	NUMÉRO DE VISITE
DATE DE NAISSANCE JJ-MM-AAAA	SEXE
ADRESSE	
SAISIR OU IMPRIMER MANUELLEMENT	

Date de demande : _____ N° du client chez l'agence : _____ MDN : _____
JJ- MM - AAAA

Agence de coordination : AFS Dilico HANDS SOAHAC Strides Weechi-it-te-win Woodview

INFORMATION SUR LE CLIENT

Nom du/de la patient(e) : _____ Nom préféré : _____
NOM, PRÉNOM

Sexe génétique: M F Sexe : _____ Date de naissance : _____
JJ-MM-AAA

N° de carte-santé : _____ Version : _____ Date d'expiration : _____
JJ-MM-AAA

INFORMATION SUR L'AGENCE RÉFÉRANTE

Agence référante / Hôpital / Médecin : _____

Adresse : _____ Ville: _____

Téléphone : _____ Poste : _____ Télécopieur (1 par agence/emplacement) : _____

Gestionnaire de cas : _____ Adresse de courriel : _____

INFORMATION SUR LA CONSULTATION

Consultation de suivi Deuxième opinion Consultation étendue

Date de la dernière consultation : _____ Nom du/de la consultant(e) : _____
JJ- MM - AAAA

Raison de la requête (veuillez préciser) :

Date(s) auxquelles le gestionnaire de cas, le client et la famille seront *indisponibles* pour la consultation :

Délais demandés : _____

**DESTINÉ UNIQUEMENT AU
CENTRE DES ADMISSIONS**

Consentement valable (signé au cours de la dernière année)