

**TOUS LES NOUVEAUX PATIENTS DOIVENT ÊTRE ADRESSÉS PAR
UN MÉDECIN ET TRIÉS**
SI LE CAS EST URGENT, COMPOSEZ LE 613.737.7600 ET FAITES
APPELER LE CARDIOLOGUE DE GARDE

Pour utilisation par le service seulement

Date reçu : j _____ m _____ a _____

FORMULAIRE DE RENVOI EN CARDIOLOGIE

Envoyer au : Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario
Section de cardiologie
401, chemin Smyth
Ottawa, ON
K1H 8L1



Télécopieur : 613.738.4835

INFORMATION SUR LE PATIENT (<i>en lettres moulées</i>)	INFORMATION SUR LE MÉDECIN (<i>en lettres moulées</i>)
Nom du patient :	Médecin recommandant :
Date de naissance : (j) / (m) / (a)	Numéro PS :
Adresse :	Adresse du médecin :
Téléphone :	Téléphone (ligne directe) :
Téléphone au travail :	Numéro de télécopieur :
Numéro d'assurance-santé :	Signature:
Langue : <input type="checkbox"/> anglais <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> bilingue <input type="checkbox"/> autre _____	
Un interprète est-il nécessaire? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	

Information médicale et raison du renvoi

Veuillez fournir des copies des résultats de tests pertinents

Antécédents familiaux pertinents :

AUTRES INFORMATIONS :

Votre enfant a-t-il déjà été évalué en Cardiologie? NON OUI

Le patient est-il suivi ou adressé par une autre surspécialité pédiatrique? NON OUI: _____

Le patient ou la famille sait-il/elle que vous avez demandé cette consultation? NON OUI

N.B :

- Le patient sera informé directement de l'heure du rendez-vous.
- Si la situation du patient change, veuillez envoyer de nouveau le formulaire de renvoi en indiquant le changement de situation.
- Veuillez demander aux patients de contacter la clinique s'ils n'ont plus besoin du rendez-vous.
- **IMPORTANT: Le médecin recommandant reste responsable** du soin du patient avant la consultation en cardiologie pédiatrique au CHEO.