

REQUÊTE DE SERVICES PROFESSIONNELS

Établissement :										
Demande d'opinion	<input type="checkbox"/>		URGENT	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>						
Demande d'intervention	<input type="checkbox"/>									
Service concerné		<table style="margin-left: auto; margin-right: 0;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;">Année</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;">Mois</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;">Jour</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; border: none;">Date d'admission</td> </tr> </table>			Année	Mois	Jour	Date d'admission		
Année	Mois	Jour								
Date d'admission										
MOTIFS DE LA REQUÊTE (<i>Diagnostics et renseignements utiles</i>)										
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>										
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.)										
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>										
Signature du professionnel		N° de permis	Date							
			Année	Mois						
			Jour	Heure						
				:						
<input type="checkbox"/> Audiologie	<input type="checkbox"/> Nutrition clinique	<input type="checkbox"/> Physiothérapie	<input type="checkbox"/> Service de soins spirituels	<input type="checkbox"/> Autre (préciser) :						
<input type="checkbox"/> Ergothérapie	<input type="checkbox"/> Orthophonie	<input type="checkbox"/> Podiâtrie	<input type="checkbox"/> Service social	_____						
<input type="checkbox"/> Médecine dentaire	<input type="checkbox"/> Pharmacie	<input type="checkbox"/> Psychologie	<input type="checkbox"/> Soins infirmiers	_____						

