



3755, CÔTE STE-CATHERINE, MONTRÉAL, QC H3T 1E2
K S1-101

**RÉFÉRENCE À LA CLINIQUE DIAGNOSTIQUE
ET THÉRAPEUTIQUE
DIAGNOSTIC & THERAPEUTIC
CLINIC REFERRAL (DTC)**

Nom du patient/Patient name

Téléphone/Telephone

N.A.M / R.A.M.Q.

MRN HJG/JGH MRN

Raison de la demande de consultation:
Reason for consultation:

Priorité:
Priority:

< 72 heures / 72 hours

< 1 semaine / 1 week

< 2 semaines / 2 weeks

< Autre / Other: _____

Origine de la demande:
Origin of referral:

Urgence / Emergency Department

Clinique externe / Out-patient clinic: _____

Hospitalisé / In-patient ward: _____

Médecin référant:
Referring attending physician:

N° licence
License #:

Nom en lettres moulées / Print name in letters

Signature

Date de la demande / Date of request :

A A Y Y / M M / J D

** ENVOYER LA DEMANDE DE CONSULTATION PAR SITE WEB, FAX,
COURRIER INTERNE, OU VIA CENTRO

** SEND ALL REQUESTS FOR CONSULTATION VIA ONLINE
SUBMISSION, FAX, INTERNAL HOSPITAL MAIL, OR VIA CENTRO

** TEL: 514-340-8222 EXT 5056. FAX: 514-340-8616.
WWW.JGH.CA/EN/MEDICALDAYHOSPITAL