



Nom de famille	(Prénom)
N° MRN	N° de visite
Date de naissance AAAA-MM-JJ	le sex
Adresse	
Imprimer ou entrer l'information à la main	

## Programme de santé mentale TeleLink Suivi et demande d'un deuxième avis

N° d'agence : \_\_\_\_\_ N° MRN : \_\_\_\_\_ Date de la demande : \_\_\_\_\_  
AAAA - MM - JJ

Agence/Hôpital/Médecin de référence : \_\_\_\_\_

Lieu : \_\_\_\_\_ N° de téléphone : \_\_\_\_\_

N° de télécopier du rapport est d'aller à (un numéro par l'agence/lieu) : \_\_\_\_\_

Gestionnaire responsable : \_\_\_\_\_

Deuxième avis       Suivi de la consultation

Nom du client : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
AAAA - MM - JJ

Numéro de la carte-santé : \_\_\_\_\_ Code de version : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_  
AAAA - MM - JJ

Date de la consultation initiale : \_\_\_\_\_  
AAAA - MM - JJ

Nom du consultant : \_\_\_\_\_

Motifs de la demande (svp, soyez précis) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dates durant lesquelles le clinicien n'est pas disponible : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dates demandées : \_\_\_\_\_

<p><b>L'utilisation d'admission centrale seulement</b></p> <p><input type="checkbox"/> Consent valid (signed within the last year)</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------