



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

Programme TeleLink de télésanté mentale – Formulaire de suivi

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

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 DE CONTACT POUR LE CLIENT / TUTEUR

Nom (Client / Parent / Tuteur) : _____ Premier téléphone : _____

Nom (Client / Parent / Tuteur) : _____ Second telephone : _____

INFORMERTION SUR L'AGENCE RÉFÉRANTE

Agence / hôpital / médecin référant(e) : _____

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) quand 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)