

Service de coordination et de navigation de complexité intermédiaire (CONCI) Demande de consultation du médecin

1- Renseignements sur la pratique	
Médecin orienteur : _____	Médecin traitant : _____ <small>(si différent du médecin orienteur)</small>
Télécopieur : _____ Téléphone : _____	Télécopieur : _____ Téléphone : _____
2- Données démographiques du patient	
Nom du patient : _____	Date de naissance : _____ Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
N° de carte de l'Hôpital de Montréal pour enfant (si disponible) : _____	
Nom des parents/proches aidants : _____	Téléphone (domicile) : _____
Téléphone (autre) : _____	Adresse : _____
Ville : _____	Province : _____
Code postal : _____	Langue de correspondance : _____
Interprète requis? O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Langue : _____
Peut-on laisser un message au domicile/autre téléphone? O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	
Médecin de famille ou pédiatre : _____	
Consentement obtenu du parent/proche aidant pour la demande de consultation? (OBLIGATOIRE) <input type="checkbox"/>	
3- Équipes ou services médicaux spécialisés participant aux soins de l'enfant <small>(médecins, physiothérapie, ergothérapie, nutrition, orthophonie, travail social, soins infirmiers, etc.)</small>	Emplacement <small>(Hôpital de Montréal pour enfants, CHU Sainte-Justine, centre de réadaptation, clinique réseau, etc.)</small>
4- Veuillez indiquer les besoins de l'enfant en matière de navigation et de coordination des soins <small>(aider à programmer les multiples visites médicales, examens d'imagerie, tests, traitements ou interventions, faciliter le transfert d'informations entre les professionnels de la santé et/ou les établissements de santé et centres de soins, etc.)</small>	
4-Renseignements complémentaires	

Je comprends que cette demande de consultation ne garantit pas l'acceptation automatique au service CONCI

Signature du référent: _____

Date: _____