

Formulaire d'aiguillage du médecin – Région de Peel

Pour les enfants et les jeunes de moins de 18 ans

Information sur l'enfant/le jeune :

Prénom de l'enfant/du jeune : _____ Nom de famille : _____

Date de naissance : _____ Jour _____ Mois _____ Année _____ Genre : Masculin Féminin Autre : _____

N° de carte Santé : _____ Code de version : _____ Date d'exp. : _____

Adresse : _____ N° unité/app. _____ Rue _____ Ville/Municipalité _____ ON _____ Province _____ Code postal _____

L'enfant/Le jeune vit avec : Deux parents Mère Père Autre : _____

Avec qui faut-il communiquer pour cet aiguillage?

Enfant/Jeune : Oui Non Sinon, qui? : _____ Relation avec l'enfant/le jeune : _____

N° de téléphone : _____ Peut-on laisser des messages? Oui Non

Raison de l'aiguillage (veuillez écrire lisiblement en lettres moulées et cocher toutes les cases qui s'appliquent) :

- Demande de consultation psychiatrique Demande d'évaluation diagnostique Demande de counseling/traitement en santé mentale
 Demande d'examen des médicaments Demande de deuxième avis médical
 Autre (veuillez préciser) : _____

Information requise sur le médecin

Nom du médecin : _____
 Adresse du médecin : _____
 N° de téléphone du médecin : _____
 N° de télécopieur du médecin : _____
 N° de facturation : _____

Timbre du bureau du médecin, s'il y a lieu :

Date de l'aiguillage : _____ Jour _____ Mois _____ Année _____ Signature du médecin _____

Télécopiez le formulaire dûment rempli à 905 696-0352 ou envoyez-le par courriel à : info@wheretostart.ca
 N° de téléphone de WhereToStart.ca : 905 451-4655