

## FORMULAIRE DE DEMANDE DE RENDEZ-VOUS MÉDICAL

Merci de remplir de formulaire et de nous le faire parvenir soit:

- par télécopieur au: (450) 688-8566
- nous le remettre en main propre à la réception
- par courriel: [reception@cmlaval.com](mailto:reception@cmlaval.com)

Nom		Prénom		Sexe <input checked="" type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M		Date de naissance J J   MM   A A A A	
Accident de travail (CSST) <input checked="" type="checkbox"/>	Accident de voiture (SAAQ) <input checked="" type="checkbox"/>	Blessure sportive <input checked="" type="checkbox"/>	Demande d'infiltrations/Synvisc <input checked="" type="checkbox"/>				
Date de l'accident J J   MM   A A	Date de l'accident J J   MM   A A	Date d'apparition de la douleur J J   MM   A A A A	Autre, précisez: <input checked="" type="checkbox"/>				
Numéro d'assurance maladie		Numéro de téléphone où l'on peut vous joindre ou vous laisser un message		Jour		Soirée	
Référence médicale <input checked="" type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui		Clinique référente					
Médecin référent		Diagnostic sommaire du médecin référent					

Descrivre la douleur ainsi que l'emplacement de la douleur, ex: épaule, coude, poignet, genou, dos, etc.

Avez-vous déjà eu ce problème <input checked="" type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui, spécifiez:		En arrêt de travail? Depuis quand <input checked="" type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui J J   MM   A A	
--	--	---	--

TRAITEMENT EN COURS	Non	Oui	Depuis quelle date
PHYSIOTHÉRAPIE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	J J   MM   A A
RPG	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	J J   MM   A A
ERGOTHÉRAPIE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	J J   MM   A A
OSTÉOPATHIE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	J J   MM   A A
ACUPUNCTURE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	J J   MM   A A
PSYCHOLOGIE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	J J   MM   A A
MASSOTHÉRAPIE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	J J   MM   A A
Autre, spécifiez:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	J J   MM   A A
Autre, spécifiez:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	J J   MM   A A
Autre, spécifiez:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	J J   MM   A A
Autre, spécifiez:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	J J   MM   A A

LORSQUE VOUS AUREZ COMPLÉTÉ LE FORMULAIRE  
CLIQUEZ ICI POUR NOUS L'EXPÉDIER  
DIRECTEMENT PAR COURRIEL