

Veuillez fournir les renseignements suivants lorsque vous dirigez un patient vers un spécialiste de la NMS

Renseignements sur le patient

Prénom: _____

Nom: _____

DN: _____

Sexe: _____

Numéro d'assurance maladie prov.: _____

Date d'exp.: _____

Renseignements sur le médecin demandeur

Prénom: _____

Nom: _____

Spécialité: _____

N° de permis: _____

Lieu de pratique: _____

N° de téléphone: _____

Antécédents médicaux**Raison de la demande de consultation**☐ Urgenturie☐ Incontinence fécale☐ Urgence - fréquence☐ Autre: _____☐ Rétention urinaire non obstructive**Traitements antérieurs****Tests diagnostiques****Considérations particulières**