



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

## Service de télésanté mentale Formulaire de suivi

Date de demande : \_\_\_\_\_ N° du client chez l'agence : \_\_\_\_\_ MDN : \_\_\_\_\_  
JJ- MM - AAAA

Agence de coordination :  AFS  Dilico  HANDS  SOAHAC  Strides  Weechi-it-te-win  Woodview

### 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 SUR L'AGENCE RÉFÉRANTE

Agence référante / Hôpital / Médecin : \_\_\_\_\_

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) auxquelles 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)