



Service de coordination et de navigation de complexité intermédiaire (CONCI)

Demande de consultation de la famille

1- Données démographiques du patient					
Nom du patient :			Date de naissance :	Sexe : F M	
N° de carte de l'HME : (si disponible) :			Téléphone (domicile) :		
Nom des parents/proches aidants :			Téléphone (autre) :		
Adresse :			Langue de correspondance :		
Ville :			Interprète requis? O N		
Province :			Médecin de famille ou pédiatre :		
Code postal :			Diagnostic:		
Courriel :					
Peut-on laisser un message au domicile/autre téléphone? O N					
2- Équipes ou services médicaux spécialisés participant aux soins de votre enfant (médecins, physiothérapie, ergothérapie, nutrition, orthophonie, travail social, soins infirmiers, etc.)			Emplacement (Hôpital de Montréal pour enfants, CHU Sainte-Justine, centre de réadaptation, clinique réseau, etc.)		
3- Veuillez indiquer les besoins de votre enfant en matière de navigation et de coordination des soins (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.)					
4- Renseignements complémentaires					

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

Signature du parent/proche aidant : _____ Date : _____