



Service de coordination et de navigation de complexité intermédiaire (CONCI) Demande de consultation du professionnel de la santé

1- Renseignements sur la pratique		
Médecin ou professionnel référent : _____	Médecin de famille ou pédiatre : _____ <small>(si différent du professionnel référent)</small>	
Télécopieur : _____ Téléphone : _____	Télécopieur : _____	Téléphone: _____
2- Données démographiques du patient		
Nom du patient : _____	Date de naissance : _____	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	
Province : _____	Diagnostic: _____	
Code postal : _____	Courriel du parent : _____	
Peut-on laisser un message au domicile/autre téléphone? O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		
Consentement obtenu du parent/proche aidant pour la demande de consultation? (OBLIGATOIRE) <input type="checkbox"/>		
3- Équipes ou services médicaux spécialisés participant aux soins de l'enfant <small>(Médecins, physiothérapie, ergothérapie, nutrition, orthophonie, travail social, soins infirmiers, etc.)</small>	Emplacement <small>(Hôpital de Montréal pour enfants, CHU Sainte-Justine, centre de réadaptation, clinique réseau, etc.)</small>	
4- Veuillez indiquer les besoins de l'enfant en matière de navigation et de coordination des soins <small>(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.)</small>		
4-Renseignements complémentaires		

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

Signature du référent: _____

Date: _____