

Drummondville, le _____
AAAA-MM-JJ

À l'attention de :

- ☐ Médecin : _____
- ☐ Thérapeute : _____
- ☐ Clinique externe d'orthopédie

Demande de prise en charge pour :

Nom et prénom du patient : _____

Numéro de RAMQ : _____

Nous avons reçu une demande de consultation pour votre patient à la clinique locomoteur.

Celle-ci provient de :

- ☐ Médecin : _____
- ☐ Thérapeute : _____
- ☐ Clinique externe d'orthopédie (à la suite d'une demande au CRDS)

Votre patient :

- ☐ annule la requête pour la raison suivante : _____
- ☐ ne s'est pas présenté à son rendez-vous (dossier fermé)
- ☐ a été vu à la clinique locomoteur le _____ par _____
AAAA-MM-JJ

Orientation décidée :

- ☐ Prise en charge en clinique locomoteur
- ☐ Fermeture du dossier en locomoteur, patient sera revu à votre demande
- ☐ Consultation en orthopédie ou en physiothérapie
- ☐ Annulation de la requête en orthopédie (avec l'accord de votre patient)

Vous trouverez en pièce jointe une copie de la note du médecin consulté. Veuillez recevoir l'expression de nos sincères salutations.

L'équipe de la clinique locomoteur du GMF-U de Drummondville
555, rue Berol
Drummondville (Québec) J2B 0W7
Téléphone : (819) 474-5310
Télécopieur : (819) 474-5422