



## Formulaire de demande de rendez-vous médical: Médecine Sportive Musculo-squelettétique ou médecine du travail (CNESST)

Veuillez imprimer ce formulaire afin de le compléter et nous le faire parvenir par fax au 450-744-0193 ou bien de nous le remettre en personne à la réception de la Clinique Sport Santé Laurentides. Veuillez joindre votre demande de consultation, vos imageries médicales (IRM, scan, radiographie, etc.) ou tout autres documents pertinents.

Avez-vous déjà eu un rendez-vous avec le Dr Labrecque-Sauvé?		Oui	Non
Nom	Prénom	Numéro d'assurance maladie	Date d'expiration AAAA MM
Adresse, Téléphone, Courriel		Référence (demande de consultation)	oui  non
Adresse :		Médecin référent : Diagnostic sommaire du médecin référent :  Décrire la douleur et son emplacement (ex épaule poignet, coude etc.) :	
Ville :			
Province :			
Code postal :			
Domicile : (     ) - (     ) - (     )			
Bureau : (     ) - (     ) - (     )			
Cellulaire : (     ) - (     ) - (     )			
Courriel :			
Raison de la consultation (svp cochez la raison)			
	Accident de travail (CNESST)	Date de l'accident :	no de dossier :
	Blessure Sportive	Description :	
	Évaluation /Possibilité d'infiltration	Description :	
	Autre	Description :	