

Hôpital de Montréal
pour enfants
Centre universitaire
de santé McGill



Montreal Children's
Hospital
McGill University
Health Centre

Au médecin traitant,

Afin de nous aider à accomplir notre mission comme centre de soins tertiaires et à vous offrir le meilleur service possible, nous vous demandons de bien vouloir remplir notre **FORMULAIRE DE DEMANDE DE CONSULTATION, qui suit**. Veuillez noter que tout formulaire incomplet ou illisible ne sera pas traité et sera renvoyé à l'expéditeur, ce qui entraînera des retards.

Pour une consultation URGENTE devant se faire dans un délai d'une semaine, veuillez communiquer avec le centre d'appel de l'Hôpital de Montréal pour enfants (HME) au 514-412-4400, poste 53333, et demandez à parler au dermatologue sur appel.

Nous vous remercions de votre collaboration.

Hôpital de Montréal pour enfants
Département de pédiatrie
Dermatologie



Hôpital de Montréal pour enfants

2300, rue Tupper, Montréal (Québec) H3H 1P3

514-412-4400

Date de la demande : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE PROFESSIONNEL RÉFÉRANT :

Nom du médecin traitant :

N° de permis d'exercice :

Adresse postale :

Téléphone :

Télécopieur :

Renseignements sur le patient :

Nom de famille :

Prénom :

Date de naissance :

Garçon Fille

N° de dossier de l'Hôpital de Montréal pour enfants (si disponible) :

Nom du parent ou du tuteur :

Téléphone de la personne-ressource :

Interprète requis? Oui Non

Si oui, langue de l'interprète :

Antécédents médicaux pertinents :

Immunosuppression

Cancer actif

Cancer traité

RAISON DE LA DEMANDE DE CONSULTATION :

Eczéma

Acné

Teigne

Altérations des ongles

Perte de cheveux

Taches blanches

Taches brunes

Grain de beauté changeant

Autres :

Si vous êtes incertain du diagnostic, veuillez décrire les signes physiques le mieux possible :

Durée du problème :

<1 mois

1 à 3 mois

3 à 6 mois

>6 mois

Région touchée :

Cuir chevelu

Tronc

Membres

Visage et cou

Parties génitales

Ongles

Autre (veuillez préciser) :

Des examens ont-ils été faits pour cerner le problème (analyses sanguines, examens d'imagerie, etc.)?

Oui Non

Si oui, veuillez inclure les résultats avec votre demande de consultation.

Traitement(s) reçu(s) à la suite de cette consultation :				
<u>Médicament</u>	<u>Durée</u>	<u>Réaction</u>	<u>Utilisé actuellement</u>	
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Commentaires additionnels :

Signature du médecin traitant

Date