

# Demande de consultation

**INFORMATION DU PATIENT :**

**Nom :** \_\_\_\_\_ **DDN :** \_\_\_\_\_  
(nom, prénom) (jj/mm/aaaa)

**RAMQ :** \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_  
(numéro) (rue) (app.)

\_\_\_\_\_ (ville) (code postale) (courriel)

\_\_\_\_\_ (# domicile) (# travail) (# autre)

**Diabète/endocrinologie, SVP spécifiez :**

**Laboratoires pertinentes :**

<input type="radio"/> Diabète <input type="radio"/> Type 1 <input type="radio"/> Type 2 <input type="radio"/> GDM	<input type="radio"/> GAJ, A1C, lipides, fonction rénale (<3 mois)
<input type="radio"/> DM de novo, triage rapide (1-2semaines)	<input type="radio"/> GAJ, A1C, lipides, fonction rénale (<3 mois)

Consultation seulement     Consultation et prise en charge

<input type="radio"/> Thyroïde	<input type="radio"/> Fonction thyroïdienne (TSH, T4, T3), imagerie reliée (<3 mois)
<input type="radio"/> Ostéoporose	<input type="radio"/> Rapport densité minérale osseuse, prise de sang
<input type="radio"/> Lipides	<input type="radio"/> TC, LDL, HDL (<3 mois)
<input type="radio"/> SOPK	<input type="radio"/> LH, FSH, estrogen, testostérone
<input type="radio"/> Autre (specifiez) :	

**Notes :** \_\_\_\_\_ **Médicaments en cours :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Nom du Médecin :** \_\_\_\_\_ **# Permis médecin référant :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Signature du médecin :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_