



Informations du patient

Nom complet du référent: _____ Lien avec le patient: _____

Numéro de téléphone (Si international, code du pays + code régional + numéro): _____

Langue maternelle: _____ Courriel: _____

Nom complet du patient: _____

Date de naissance du patient: _____ Sexe du patient: _____

Adresse du patient: _____

Diagnostique: _____

Symptômes: _____

Parent 1 Nom complet: _____

Numéro de téléphone (Si international, code du pays + code régional + numéro): _____

Langue maternelle: _____ Courriel: _____

Parent 2 Nom complet: _____

Numéro de téléphone (Si international, code du pays + code régional + numéro): _____

Langue maternelle: _____ Courriel: _____

Tuteur légal Nom complet (s'il y a lieu): _____

Numéro de téléphone (Si international, code du pays + code régional + numéro): _____

Langue maternelle: _____ Courriel: _____

Nom du Médecin de famille ou pédiatre actuel: _____

Numéro de téléphone (Si international, code du pays + code régional + numéro): _____ Fax: _____

Nom du cabinet: _____ Courriel: _____

Adresse du cabinet: _____

Comment avez-vous eu connaissance des Hôpitaux Shriners pour enfants? _____

Avez-vous un Hôpital Shriners ou un médecin préféré? (si disponible): _____

Notes complémentaires: _____
