

Clinique d'optimisation métabolique et pondérale

Metabolic & Weight Optimization Clinic

Formulaire de recommandation du patient
Patient Referral Form

Veuillez remplir les renseignements du patient ci-dessous ou
estamper une copie de la carte RAMQ.
Please fill out patient information
below or stamp a copy of the RAMQ card.

Numéro de Téléphone du Patient :
Patient Phone Number

Date de Demande :
Request Date

Langue Préférée :
Preferred Language

Français
French

Anglais
English

Informations du Patient / Patient Information

Prénom : First Name	Nom de Famille : Last Name
NAM : RAMQ	Exp : DOB

Informations du Médecin Référent / Referring Physician Information

Nom Complet : Full Name	Numéro de Permis : License Number
----------------------------	--------------------------------------

Raison de la Consultation / Reason for Consultation

☐ Optimisation du Poids Weight Optimization	Informations Supplémentaires / Additional Information
Poids : Weight	Taille : Height
kg / lbs	ft in cm
IMC : BMI	kg/m ²
Entrez le nombre et l'unité (ex. 165lbs ou 75kg) Enter Number and unit (ie 165lbs or 75kg)	Calculé automatiquement Calculated Automatically

Comorbidités / Comorbidities

☐ SOPK PCOS	☐ Prédiabète Prediabetes	☐ SAOS OSA	☐ Stéatose Hépatique Hepatic Steatosis
☐ Dyslipidémie Dyslipidemia	☐ HTA HTN	☐ Diabète de Type 2 Type 2 Diabetes	Autre/Other

Pour Envoyer une Référence / To Send Referral

Numéro de Télécopieur Fax Number	Numéro de Téléphone Phone Number	Courriel Email	Adresse de Rue Address	Site Web Website
(514) 384-8134	(514) 228-8889	GCSM@5100SpecMed.com	5100 Blvd. De Maisonneuve Ouest, Bureau 606, Montreal, Quebec H4A 3T2	www.5100specmed.com

Réservé à l'Usage Administratif / For Administrative Use

Acceptation Acceptance	Priorité Priority	Test Sanguin Requis Blood Test Required	Autres Renseignements Information



Signature du Référent :
Referent's Signature