



IUG369



DEMANDE DE CONSULTATION

Clinique externe de continence urinaire

Téléphone : 514-340-2800 poste 3305 ou 2410 – Télécopieur : 514-340-3542

| IDENTIFICATION DE L'USAGER | | | |
|----------------------------|--|--|--|
| Nom à la naissance : | _____ | Prénom : | _____ |
| Nom usuel : | _____ | Adresse : | _____ |
| Téléphone : | _____ | Ville : | C.P. : _____ |
| Date de naissance : | ___/___/___/ | Âge : | Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| État civil : | C <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> | Autre : | <input type="checkbox"/> |
| Langue(s) parlée(s) : | Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> | Autres : | <input type="checkbox"/> |
| Nom du conjoint(e) : | _____ | Âge : | _____ |
| Personne à contacter : | _____ | | |
| Lien : | _____ | Tél. résidence : | _____ |
| | | Tél. bureau : | _____ |
| Le patient habite : | <input type="checkbox"/> seul | <input type="checkbox"/> fille/fils | <input type="checkbox"/> famille d'accueil |
| | <input type="checkbox"/> époux/épouse | <input type="checkbox"/> ami(e) | <input type="checkbox"/> milieu institutionnel |
| | | <input type="checkbox"/> résidence sans services | <input type="checkbox"/> résidence avec services |

| PROGRAMME RÉFÉRANT | | |
|---|---|---|
| Soi-même <input type="checkbox"/> | Hôpital de jour <input type="checkbox"/> | UCDG <input type="checkbox"/> |
| Réadaptation <input type="checkbox"/> | Hôpital de soins aigus <input type="checkbox"/> | Centre d'accueil <input type="checkbox"/> |
| Soins de longue durée <input type="checkbox"/> | CLSC <input type="checkbox"/> | Pratique privée <input type="checkbox"/> |
| Autres : _____ | | |
| _____ | | |
| Est-ce votre première demande : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> | | |

| MOTIF DE LA RÉFÉRENCE : Incontinence urinaire | |
|---|-------|
| • Depuis quand ? | _____ |
| • Combien de fois par semaine ? | _____ |
| • Consultations antérieures | _____ |
| • Évaluation ? | _____ |
| • Traitement ? | _____ |

