

IDENTIFICATION DE L'USAGER

Numéro de dossier de l'Hôpital juif de réadaptation:

Nom et prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Numéro de la carte d'assurance maladie :

Téléphone principal :

Téléphone secondaire :

Examen demandé pour le / Requested exam date :

Capacité de mobilisation / Mobilization capabilities

- Ce transfert seul / autonomous transfer
- Avec assistance / with assistance required
- Assistance double requise / Double assistance required

Usager avec précautions additionnelles / Patient with additional precautions (isolation) : oui non

EXAMEN DEMANDÉ / REQUESTED EXAMINATION

Pour une référence à la clinique pulmonaire / Reference to pulmonology clinic

Renseignements cliniques pertinents obligatoires / Clinical information (mandatory):

Signature du médecin:

Numéro permis:

Date :

Adresse :