

ANNEXE 8 – Rapport de consultation avec un professionnel de la santé à l'externe

NOM : _____		
DATE DE NAISSANCE : _____ / _____ / _____		
aaaa	mm	jj
RAMQ : _____		EXPIRATION : _____

Raison de la consultation :		
Médication (si la liste est trop longue, coller l'en-tête du <i>Dispill</i> au verso) :		
Allergies :		
Signature du référent :	Date :	Heure :

J'autorise _____ que je vais consulter ce _____ / _____ / _____ à fournir l'information sur ma santé physique ou mentale au Centre jeunesse Chaudière-Appalaches suite à la consultation effectuée.

X _____ _____ / _____ / _____
 Signature de la personne qui autorise la divulgation de renseignements

Cette autorisation est valable pour une période de 90 jours ou de _____ jours à compter de la date de la signature de ce document et est révoquable en tout temps. C/JCA 072 (2004-04)

PRIÈRE DE COMPLÉTER ET REMETTRE AU JEUNE OU LA PERSONNE QUI L'ACCOMPAGNE.

Diagnostic :	
Traitement :	
Commentaires :	
Restriction sportive (si applicable) :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Durée : _____	
Signature du professionnel:	Date : _____ / _____ / _____
aaaa	mm
jj	