



**DEMANDE DE CONSULTATION
EN ONCOLOGIE**

Centre d'oncologie Dr-Léon-Richard
37 rue Providence, Moncton N.-B. E1C 8X3
T : 506.862.4005 F : 506.862.4222

**ONCOLOGY CONSULTATION
REQUEST**

Dr. Léon-Richard Oncology Centre
37 Providence St. Moncton N.B. E1C 8X3
T : 506.862.4005 F : 506.862.4222

INFORMATION RELIÉE AU PATIENT / PATIENT INFORMATION			
NOM / LAST NAME :	PRÉNOM / FIRST NAME :	DDN : (aaaa-mm-jj) / DOB (YYYY-MM-DD) :	SEXE / SEX :
MÉDECIN DE FAMILLE / FAMILY PHYSICIAN :	# ASS. MALADIE / HEALTH CARD # / MEDICARE :	PATIENT ADMIS / INPATIENT :	
		OUI / YES NON / NO	
ADRESSE / STREET ADDRESS :		No. TÉLÉPHONE / TELEPHONE NUMBER : MAISON / HOME / CELL :	
VILLE / CITY :	PROVINCE :	CODE POSTAL / POSTAL CODE :	No. TÉLÉPHONE / TELEPHONE NUMBER : TRAVAIL / WORK :
INFORMATION CLINIQUE / CLINICAL INFORMATION			
MÉDECIN QUI DEMANDE LA CONSULTATION (IMPRIMÉ) / REFERRING PHYSICIAN (PRINT):		No. FACTURATION / BILLING No. :	
RAISON DE LA DEMANDE DE CONSULTATION / REASON FOR CONSULTATION REQUEST :		SERVICES REQUIS / SERVICES REQUESTED :	
		ONCOLOGUE MÉDICAL MEDICAL ONCOLOGIST DR(E) : ET/OU AND/OR RADIO-ONCOLOGUE RADIO-ONCOLOGIST DR(E) : ET/OU AND/OR ONCOLOGUE-GYNÉCOLOGUE GYNECOLOGIC ONCOLOGIST DR(E) :	
SI URGENT, CONTACTER L'ONCOLOGUE EN APPEL (506-862-4000) / IF URGENT, CONTACT THE ON CALL ONCOLOGIST (506) 862-4000 MOINS DE 2 SEM. / LESS THAN 2 WEEKS 2 À 4 SEM. / 2 TO 4 WEEKS 4 + SEM. / 4 + WEEKS			
LES RAPPORTS CI-DESSOUS DOIVENT ACCOMPAGNER LA DEMANDE DE CONSULTATION* ATTACH THE FOLLOWING REPORTS TO THE CONSULTATION REQUEST*			
<ul style="list-style-type: none"> • PROTOCOLE OPÉRATOIRE / OPERATIVE REPORT (si applicable/if applicable) • PATHOLOGIE OBTENUE / PATHOLOGY DONE OUI/YES NON/NO DATE PRÉVUE / EXPECTED DATE : 			
SIGNATURE DU MÉDECIN TRAITANT / REFERRING PHYSICIAN'S SIGNATURE :		DATE DE LA DEMANDE (aaaa-mm-jj) / DATE OF REQUEST (YYYY-MM-DD) :	
S.V.P. FAXER LA PAGE COUVERTURE, LE FORMULAIRE DE DEMANDE DE CONSULTATION ET LES RAPPORTS AU (506) 862-4222. / PLEASE FAX A COVER SHEET, THE ONCOLOGY CONSULTATION REQUEST FORM AND THE REPORTS TO (506) 862-4222.			
*LES FORMULAIRES INCOMPLETS / ILLISIBLES VOUS SERONT RETOURNÉS POUR CLARIFICATION *INCOMPLETE / ILLEGIBLE FORMS WILL BE RETURNED FOR CLARIFICATION		SECTION POUR BUREAU SEULEMENT / OFFICE USE ONLY	
		DATE REÇUE (aaaa-mm-jj)	DATE ET HEURE DU RV / (aaaa-mm-jj)