



RÉFÉRENCE EN PRATIQUE
COMMUNAUTAIRE / REFERRAL TO
COMMUNITY PRACTICE
Urgence / Emergency

Nom/ Name:
DDN/ DOB:
# Ass. Mal/ Medicare #:
# Dossier/ File #:

Vitalité Zone: 1B 4 5 6

Motif de la consultation

Pouls : TA : SaO2 : RR : T : Date : Heure :

- Document d'information n° R-653 remis et expliqué au patient.
J'ai été informé des conséquences de manquer mon rendez-vous médical en milieu communautaire. Si je choisis de ne pas y aller, j'assume toutes les responsabilités pour les risques à ma santé. Je suis conscient que je peux retourner à l'Urgence à tout moment si mon état se détériore. (Initiales du patient)

Signature du professionnel Date Heure

\*\*\*\*\*

Reason for consultation:

Pulse: BP: SaO2: RR: T: Date: Time:

- Information document No. R-653 given and explained to patient.
I was informed of the consequences of not attending my medical appointment in the community. If I choose not to attend, I assume all responsibility for the risks to my health. I am aware that I can return to the emergency room at any time if my condition deteriorates. (Patient's initials)

Signature of professional Date Time