

## IDENTIFICATION DU RÉFÉRÉ

Nom :	Prénom :		
NAM :	Courriel :		
Adresse :			
Ville :		Code postal :	
Téléphone principal :		Téléphone secondaire :	
Meilleur moment pour appeler :	<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> Midi	<input type="checkbox"/> Soir

## IDENTIFICATION DU CONSULTANT

Nom :	CLINIQUE DE MÉDECINE DU TRAVAIL ET DE L'ENVIRONNEMENT
Spécialisation :	Médecine du travail
Adresse :	<b>1000, rue Saint-Denis, Pavillon C - 12<sup>e</sup> étage – C1261</b>
	<b>Montréal (Québec) H2X 0C1</b>
Télécopieur :	<b>514 412-7000</b>

**Pour des références de cas d'intoxication au monoxyde de carbone et autres, veuillez joindre une copie du rapport d'enquête/événement, hygiène, inspection ou autres.**

## RAISON DE LA CONSULTATION


## RÉFÉRENT(E)

Nom :	Fonction :
Signature :	Date :

### Information complémentaire (à transmettre au patient)

- Si vous n'avez pas de dossier au CHUM, vous recevrez un appel afin qu'un dossier soit ouvert.
- Par la suite, vous recevrez un appel du Centre des rendez-vous afin de vous communiquer l'heure de votre rendez-vous à la Clinique de médecine du travail et de l'environnement.

### À l'attention du demandeur

SVP, faire parvenir via **télécopieur** ou **par courriel** ce formulaire de référence :

**514 412-7000** ou **point-de-chute.chum@ssss.gouv.qc.ca**