CLINIQUE MÉDICALE CATHÉDRALE

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE – MÉDECINE SPORTIVE

DATE	
NOM DU PATIENT	
DATE DE NAISSANCE	
NUMÉRO RAMQ	
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	
DISCIPLINE SPORTIVE	
PROFESSIONNEL RÉFÉRENT	
MÉDECIN DE FAMILLE DU PATIENT	

MOTIF DE LA RÉFÉRENCE :

☐ Atteinte musculosquelettique : _____

☐ Demande d'infiltration : _____

☐ Commotion cérébrale avec symptômes qui nécessitent une intervention médicale

☐ Atteinte pulmonaire ou cardiovasculaire lors d'un effort qui nécessite une évaluation médicale

☐ Autre :_____ **LIÉ** à la pratique d'activités sportives

INFORMATIONS PERTINENTES :

LES CAS URGENTS NÉCESSITANT UNE PRISE EN CHARGE IMMÉDIATE DOIVENT ÊTRE RÉFÉRÉS À L'URGENCE !

Clinique Médicale Cathédrale
333 avenue de la Cathédrale, 2e étage, Rimouski (Québec) G5L 5J5
Téléphone : 418-730-6762 Télécopieur : 418-730-6790