

FORMULAIRE DE CONSULTATION:

À REMPLIR PAR UN MÉDECIN

Nom : _____
 RAMQ : _____ EXP: ___/___
 Date de Naissance : _____

Adresse: _____

 Numéro de téléphone : _____

Clinique Psychosomatique de l'Estrie, Dr Luc Lupien, md

www.LuLupienMd.ca

Tél-FAX : (819) 565-3272

Téléconsultation individuelle par visioconférence

En date du : ___-___-_____

Évaluation individuelle par le **Dr Luc Lupien** pour la thérapie cognitive et comportementale.

(*) Le Dr Luc Lupien assume uniquement le suivi de la thérapie cognitive et comportementale. La personne est invitée à consulter son médecin habituel pour tout congé de travail ou scolaire et pour toute évaluation pour invalidité ou pour toutes restrictions et limitations fonctionnelles, et également pour tout suivi et/ou rajustement ou sevrage de la médication ou bien pour tout examen physique ou prise de sang si nécessaire.

MD RÉFÉRANT : _____

Diagnostic(s) psychiatrique(s) connus:

Maladie(s) physique(s) reliée(s) et/ou ATC personnels significatifs :

Stresseur(s) significatif(s): _____

Niveau de fonctionnement: ___/ 100

TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX: _____

ARRÊT DE TRAVAIL: à partir du : _____ jusqu'au : _____ non déterminé

TYPE DE TRAVAIL : _____

INFORMATIONS PERTINENTES et/ou RECOMMANDATIONS : _____

Signature : _____ du médecin, Numéro (RAMQ) : _____

Adresse : _____ envoyée par : FAX : (819) 565-3272

_____ remise à la personne référée

_____ courriel: info@luclupienmd.ca