NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
Québec

Hôpital Maisonneuve-Rosemont

HMR1512

N° Dossier : Date de naissance : Sexe :

Nom, Prénom :

Nom de la mère :

Adresse :

Téléphone :

NAM : Expiration :

DEMANDE DE CONSULTATION EN PLANNING HMR

Fax : 514-251-7061

Nom du médecin : _____ # de pratique : _____

☐ Contraception définitive

_____

_____

_____

☐ Stérilet : ○ Installation (doit avoir sa Rx)
○ Retrait

_____

_____

_____

☐ Implant ○ Installation (doit avoir sa Rx)
○ Retrait

_____

_____

_____

* J'assurerais le suivi de ma patiente post consultation ☐

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES