

Centre de médecine familiale Santé Bruyère – Demande de consultation – Centre de soins d'affirmation de genre

Adresse : 75, rue Bruyère, Ottawa (Ontario)

Téléphone : 613 241-3344

Veuillez télécopier les demandes de consultation au 613 241-2755

Médecin responsable : Dr William Caron

Infirmières praticiennes : Kathleen Burgess et Tawnya Shimizu

****NOUS N'ACCEPTONS QUE LES PATIENTS DE 18 ANS ET PLUS, QUI POSSÈDENT UNE CARTE SANTÉ VALIDE DE L'ONTARIO (OHIP)****

Critère d'admissibilité :

- La personne est âgée d'au moins 18 ans et possède une carte Santé (OHIP);
- Le fournisseur de soins de première ligne doit être au courant de cette demande de consultation;
- Le fournisseur de soins de première ligne est d'accord pour prendre en charge les soins de suivi (surveillance des paramètres : des recommandations détaillées lui seront envoyées pour le suivi du patient);
- Les patients doivent savoir que notre clinique est un établissement d'enseignement affilié à l'Université d'Ottawa; par conséquent, il y aura des résidents et résidentes en médecine familiale, des stagiaires en soins infirmiers praticiens, et des stagiaires en médecine qui participeront à la prestation de soins sous la supervision du Dr William Caron et des infirmières praticiennes Tawnya Shimizu ou Kathleen Burgess.

Renseignements sur le patient ou la patiente

Nom sur la carte Santé : _____

Nom préféré (de son choix) : _____

Sexe à la naissance : _____

Identité de genre : _____

Pronoms : _____

Date de naissance (jj-mm-aaaa) : _____

No de téléphone : _____

Courriel : _____

Renseignements médicaux

Antécédents médicaux : _____

Médicaments actuels et suppléments : _____

Allergies (et réactions) : _____

Renseignements sur le fournisseur de soins de première ligne

Nom : _____

No de téléphone : _____

Télécopieur : _____

Le fournisseur de soins de première ligne peut-il continuer de s'occuper du patient ou de la patiente une fois son état stable? Oui Non

Raison de la demande de consultation

- Commencer la prise d'hormones
- Évaluation de l'état de préparation à la chirurgie
- Autre (veuillez préciser) : _____

Renseignements sur le fournisseur de soins qui demande la consultation

Nom : _____

Titre (médecin, infirmière praticienne, etc.) _____

Numéro de facturation : _____

Nom de la clinique : _____

No de téléphone : _____

Télécopieur : _____

Signature : _____

Date : _____