

## **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 : \_\_\_\_\_