



CNM21256

No dossier		
Nom, Prénom de l'utilisateur		
DDN	N° d'assurance maladie	Exp.
Adresse		
N° téléphone		
N° téléphone (autre)		

**SUIVI SYSTÉMATIQUE EN CLINIQUE EXTERNE DE  
PNEUMOLOGIE**

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

**Date :** \_\_\_\_\_ AAAA/MM/JJ

**Prochain rendez-vous avec :** \_\_\_\_\_

**Installation désirée :**

Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal  
 Hôpital Fleury  
 Hôpital Jean-Talon

**Dans :**

Délai : \_\_\_\_\_  Sans faute

Congé : retour au médecin référent/médecin de famille  
 Revoir au besoin

**Examens demandés avant le prochain rendez-vous :**

<input type="checkbox"/> Radiographie pulmonaire	<input type="checkbox"/> Spirométrie
<input type="checkbox"/> Scan thoracique	<input type="checkbox"/> Test fonction respiratoire
<input type="checkbox"/> Polygraphie cardiorespiratoire (PCRS)	<input type="checkbox"/> Méthacholine
<input type="checkbox"/> Polysomnographie (PSG)	<input type="checkbox"/> Gaz artériel
	<input type="checkbox"/> Bronchoscopie

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Copie remise à l'utilisateur  
 Copie à envoyer à l'utilisateur

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

<b>Pour joindre le GASP : Guichet d'accès</b>	Téléphone : 514-336-7212	Courriel : <a href="mailto:gasp.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca">gasp.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca</a>
	Télécopieur : 514-495-6722	

Nom et prénom de l'intervenant	Permis/profession	Signature de l'intervenant
_____	_____	_____
AAAA/MM/JJ	HH :MM	