



DT9209

## CONSULTATION EN ORL ADULTE ET ENFANT

Nom et prénom de l'utilisateur Kondulikov, Vitaly			
N° d'assurance maladie KONV97021413	Exp. Année 21	Mois 02	Date de nais. Sexe 1997/02/14 M
Nom et prénom du parent			
N° téléphone 514-900-7833	Poste	N° téléphone	Poste
Adresse 1436 rue Mcay apt.508			
Montréal		Code postal H3G 2H8	
irinatot@mail.ru			

Raison de consultation		Échelle de priorité clinique : A : ≤ 3 jrs B : ≤ 10 jrs C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois E : ≤ 12 mois	
Autres Lésion buccale	<input checked="" type="checkbox"/> Bénigne [D]		D
Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires			
Lésion notée dans le pharynx, votre avis svp			
Besoins spéciaux :			
Identification du médecin référent et du point de service			
Nom du médecin référent TALAB, YASMINE		N° de permis 1144351	Date et heure du dernier envoi : 2020-02-04 13:42:12
N° de téléphone 514-788-6484	N° de poste	N° de télécopieur 514-788-1983	ID de la requête : 1311494
Nom du point de service La Cité Médicale de Montréal			
Signature	Dre. Yasmine Talab	Date (année, mois, jour) 2020   02   04	
Médecin de famille : <input checked="" type="checkbox"/> Idem au médecin référent		<input type="checkbox"/> Usager sans médecin de famille	Référence nominative (si requis)
Nom du médecin de famille TALAB, YASMINE		Si vous désirez une référence à un médecin ou à un point de service en particulier	
Nom du point de service La Cité Médicale de Montréal			