

**FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SUPPLÉMENTAIRES****À remplir par l'appelant ou le patient**

Nom :	_____	_____	_____
	Nom de famille	Prénom	Initiale
N° du permis de conduire :	_____	Date de naissance :	_____
			Mois Jour Année
N° de téléphone :	_____	Adresse de courriel :	_____

**À remplir par le médecin**

<b>Nom du fournisseur de soins médicaux :</b>			
<b>Adresse de l'établissement médical :</b>	<b>Heures d'ouverture :</b>		
<b>Détails de la visite requise :</b>			
Le patient précité doit se présenter à un rendez-vous avec moi-même ou un autre professionnel de soins de santé :			
<input type="checkbox"/> Tous les jours	<input type="checkbox"/> Toutes les semaines	<input type="checkbox"/> Toutes les deux semaines	<input type="checkbox"/> Tous les mois
<input type="checkbox"/> Tous les deux à trois mois	<input type="checkbox"/> Tous les trois à six mois	<input type="checkbox"/> Tous les ans	<input type="checkbox"/> Autre:
Depuis combien de temps suivez-vous ce patient?			
Le patient a-t-il été dirigé vers un ou plusieurs spécialistes?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le patient doit-il se rendre à des rendez-vous médicaux réguliers et nécessaires, en plus des examens médicaux de routine ou annuels?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin\_\_\_\_\_  
Nom du médecin (en lettres moulées)\_\_\_\_\_  
Date\_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone du médecin

J'autorise mon médecin à communiquer cette information à la Commission d'appel des suspensions de permis.

\_\_\_\_\_  
Date\_\_\_\_\_  
Signature

Veuillez conserver une copie des documents remis pour vos dossiers.