

Atlantic Clinic for Upper Limb Prosthetics  
Institute of Biomedical Engineering  
Université du Nouveau-Brunswick  
25 rue Dineen, Fredericton N.-B. E3B 5A3  
T: 506-453-4966 F: 506-453-4827 e-mail:  
limbclinic@unb.ca  
unb.ca/ibme/limb-clinic/

Information patient

## Formulaire de référence

Date de renvoi (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

### INFORMATION PATIENT

Nom: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_  
jj / mm / aaaa

Numéro et rue: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_ Code Postale: \_\_\_\_\_

Téléphone fixe: \_\_\_\_\_ Travail: \_\_\_\_\_

Téléphone mobile: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_

Carte santé: \_\_\_\_\_ Numéro de réclamation de l'indemnisation des

DAC #: \_\_\_\_\_ travailleurs: \_\_\_\_\_

### Veillez cocher la case appropriée ci-dessous et fournir des détails dans la section suivante

#### Demande de services pour amputés et prothèses

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Évaluation et gestion          | Date de perte (si applicable): _____   |
| <input type="checkbox"/> Avis chirurgical/ Consultation |  |
| <input type="checkbox"/> Réhabilitation & entraînement  | Niveau de perte (si applicable): _____ |

**Bref historique** Veuillez joindre les informations pertinentes, e.g. un résumé de sortie, photos, rapports chirurgicaux pertinents, etc.

---



---



---



---



---

nom du fournisseur de soins primaires \_\_\_\_\_

Le fournisseur de soins primaires est-il au  
courant de cette recommandation?  
Oui  Non

### INFORMATIONS DU PRATICIEN REFERENT

Nom: \_\_\_\_\_ Spécialité: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Télécopieur: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_