

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: _____