

## Formulaire de demande de rendez-vous: - autre que médical -

Merci de remplir de formulaire et nous le faire parvenir soit:

- par télécopieur au: (450) 688-8566
- nous le remettre en main propre à la réception
- par courriel, formulaire numérisé : [reception@cmlaval.com](mailto:reception@cmlaval.com)

Nom X		Prénom X		Sexe <input checked="" type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M		Date de naissance J J   M M   A A A A	
Accident de travail (CSST) <input checked="" type="checkbox"/>	Accident de voiture (SAAQ) <input checked="" type="checkbox"/>	Blessure sportive <input checked="" type="checkbox"/>	Autre, précisez: <input checked="" type="checkbox"/>				
Date de l'accident J J   M M   A A	Date de l'accident J J   M M   A A	Date d'apparition de la douleur J J   M M   A A A A	X				
NAM pour dossiers CSST, SAAQ: X		Numéro de téléphone où l'on peut vous joindre ou vous laisser un message durant la journée: X		Adresse courriel: X			
Référence médicale <input checked="" type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui	Clinique référente X						
Médecin référent X		Diagnostic du médecin référent X					
Site de la douleur (du problème, douleur à quelle place, etc.): X							
Antécédent de problématique antérieure identique : <input checked="" type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui, spécifiez:				En arrêt de travail? <input checked="" type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui		Depuis quand J J   M M   A A	
Comment avez-vous connu notre clinique ? X			Êtes-vous déjà venu en traitement chez nous ? <input checked="" type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui		Si oui, la date: J J   M M   A A		

### TRAITEMENT DEMANDÉ

PHYSIOTHÉRAPIE	AUTRES SERVICES
CONVENTIONNELLE <input checked="" type="checkbox"/>	OSTÉOPATHIE <input checked="" type="checkbox"/>
VESTIBULAIRE <input checked="" type="checkbox"/>	MASSOTHÉRAPIE <input checked="" type="checkbox"/>
PHYSIOTHÉRAPIE EN PISCINE (HYDROTHÉRAPIE) <input checked="" type="checkbox"/>	ACUPUNCTURE <input checked="" type="checkbox"/>
RÉENTRAÎNEMENT À L'EFFORT <input checked="" type="checkbox"/>	PSYCHOLOGIE <input checked="" type="checkbox"/>
RÉÉDUCATION POSTURALE GLOBALE (RPG) <input checked="" type="checkbox"/>	NUTRITION <input checked="" type="checkbox"/>
ÉVALUATION BIODÉX <input checked="" type="checkbox"/>	ERGOTHÉRAPIE <input checked="" type="checkbox"/>
ÉVALUATION DE LA COURSE À PIED <input checked="" type="checkbox"/>	ORTHÈSE <input checked="" type="checkbox"/>
Autre, spécifiez: <input checked="" type="checkbox"/>	ÉVALUATION POUR CYCLISTE <input checked="" type="checkbox"/>

LORSQUE VOUS AUREZ COMPLÉTÉ LE FORMULAIRE  
CLIQUEZ ICI POUR NOUS L'EXPÉDIER  
DIRECTEMENT PAR COURRIEL