



\* F M U - 3 0 6 3 \*

**ERGOTHÉRAPIE**

**Consultation**

*Page 1 de of 2*

**OCCUPATIONAL THERAPY**

**Referral**

- DOSSIER DISPONIBLE / CHART AVAILABLE
- DOSSIER NON DISPONIBLE / CHART UNAVAILABLE

**DIAGNOSTIC ET MOTIF POUR LA CONSULTATION**  
**DIAGNOSIS AND REASON FOR REFERRAL**

**DATE** AAYY/MM/JD : \_\_\_\_\_

**SERVICE** : \_\_\_\_\_

**SIGNATURE** : \_\_\_\_\_  
**MÉDECIN / PHYSICIAN**

**LISTE DES PROBLÈMES ET PLAN D'INTERVENTIONS**  
**PROBLEM LIST AND INTERVENTIONS**

**DATE** AAYY/MM/JD : \_\_\_\_\_

**SIGNATURE** : \_\_\_\_\_

**HISTOIRE DE CAS • ÉVALUATION**

*DATA BASE • EVALUATION*

**DOSSIER DISPONIBLE / CHART AVAILABLE**

**DOSSIER NON DISPONIBLE / CHART UNAVAILABLE**

**Le patient a été  
Informé du plan  
d'intervention et  
y consent.**

**OUI**  
YES

**NON**  
NO

Patient has been  
Informed of the plan of  
Interventions and has  
agreed.

**SIGNATURE :** \_\_\_\_\_