

FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SUPPLÉMENTAIRES

À REMPLIR PAR L'APPELANT :

Nom: _____			
Nom de famille	Prénom	Initiale du second prénom	
N° du permis de conduire : _____		Date de naissance: ____ / ____ / ____ Mois Jour Année	

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN :

NOM DU FOURNISSEUR DE SOINS MÉDICAUX :
ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT MÉDICAL ET HEURES D'OUVERTURE :
DÉTAILS DES VISITES REQUISES DU PATIENT :
Le patient précité doit se présenter à un rendez-vous avec moi-même ou un autre professionnel de soins de santé :
☐ Tous les jours ☐ Toutes les semaines ☐ Toutes les deux semaines ☐ Toutes les mois ☐ 2-3 mois ☐ 3-6 mois ☐ Tous les ans ☐ Autre : _____
Depuis combien de temps suivez-vous ce patient? _____
Le patient a-t-il été dirigé vers un ou plusieurs spécialistes? ☐ Oui ☐ Non
Le patient doit-il se rendre à des rendez-vous médicaux réguliers et nécessaires, en plus des examens médicaux de routine ou annuels? ☐ Oui ☐ Non

_____ Signature du	_____ Nom du médecin
_____ Date	_____ No de tél. du médecin
J'autorise mon médecin à communiquer cette information à la Commission d'appel des suspensions de permis.	
_____ Date	_____ Signature