



**EXTERNAL REQUEST FOR MENTAL HEALTH SERVICES FROM
MEDICAL PROFESSIONALS
DEMANDE EXTERNE POUR DES SERVICES EN SANTÉ MENTALE
DE LA PART DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ**

**FOR URGENT REFERRALS, please call our Intake Services; this form is NOT to be used for urgent matters.
POUR LES RÉFÉRENCES URGENTES, veuillez appeler notre service à l'accueil; ce formulaire ne doit PAS
être utilisé pour des situations urgentes.**

Name of patient / Nom du patient:	Date of birth (ddmmyyyy) / Date de naissance (jjmmaaaa):
Name of parents-legal guardians / Nom des parents-gardiens légaux:	Address / Adresse:
Health card no. / Numéro de la carte de santé:	Telephone / Téléphone:
Presenting problems / Problèmes présents:	
Significant medical history / Historique médical significatif:	
Past and present medications: (include type, length of time on medication, daily dosage, etc.) / Administration actuelle et antérieure de médicaments: (ajouter le type, lapse de temps de l'administration du/des médicament/s, la dose journalière, etc.)	
Date of Referral / Date de la référence:	Name of Referral Source / Nom de la Source de référence:
Registration no. of Physician (if applicable) / no. d'enregistrement du médecin (le cas échéant):	Signature of Referral Source / Signature de la Source de référence:

