

Date : \_\_\_\_\_

Nom du patient : \_\_\_\_\_ Date de naissance : (J/M/A) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Référence à :  Urgence  Rapide  Médecin traitant : \_\_\_\_\_

Bonjour Docteur(e),

Je vous réfère ce patient, car son état nécessite un suivi médical.

**SYMPTOMATOLOGIE/ÉVOLUTION DU CAS :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## EXAMEN PHYSIQUE :

Observations : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Amplitudes de mouvement : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Orthopédie/Neurologie : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Examen radiologique effectué Oui  Non  Si oui, résultats : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Autres commentaires / Recommandations : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom du chiropraticien : \_\_\_\_\_ N° permis : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ N° Tél : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Signature du chiropraticien : \_\_\_\_\_