



RÉFÉRENCE-CLINIQUE D'ASTHME PÉDIATRIQUE (CAPED)

1. Renseignements importants

Nom, Prénom : _____

*Date de naissance : ____/____/____
aaaa mm jj

*Tél (rés.) : (____) - _____

*Tél (trav. / cell.) : (____) - _____

Service(s) requis, cochez la case appropriée :

☐ Centre d'enseignement sur l'asthme (CEA)
avec inhalothérapeute ou infirmière clinicienne

☐ Consultation médicale* avec pédiatre
spécialisé en asthme pédiatrique
Usagers de Lanaudière-Sud seulement

**Ce type de consultation nécessite préalablement une
évaluation par un intervenant du CEA*

2. Motif de référence

	Priorité 1	Priorité 2	Priorité 3
Délai souhaité pour un rendez-vous	0 à 30 jours	1 à 3 mois	3 à 6 mois
Cocher la case appropriée →	**Utiliser la requête de consultation en pédiatrie générale du CRDS**		

3. S.V.P. acheminer la demande par télécopieur

- ☐ MRC Les Moulins : 450-471-9695
☐ MRC L'Assomption : 450-471-9695
☐ MRC D'Autray, Joliette, Matawinie, Montcalm : 450-759-7209

4. Professionnel(le) référant

Nom : _____ # permis : _____ Date (aaaa/mm/jj) : _____

Signature : _____ *Établissement : _____

☐ Infirmière ☐ Médecin ☐ Inhalothérapeute ☐ Autre : _____

Désire un compte rendu : ☐ Oui ☐ Non

* Les champs marqués d'un astérisque sont obligatoires