

RÉSULTATS DE TESTS DE LABORATOIRE RÉCENTS:

Potassium: _____ Hémoglobine: _____

E.C.G: _____

MÉDICAMENTS:

Prescrit(s): _____

Non-prescrit(s): _____

MÉDECIN TRAITANT: _____

Nom en entier (dactylographié (ou) en lettres moulées, s.v.p.)

Adresse: _____

rue

pièce #

ville

province

code postal

No. de téléphone au bureau: _____

No. du médecin # _____

Pour facturation (OHIP)

Autre(s) thérapeute (s): _____

Adresse: _____

rue

pièce #

ville

province

code postal

No. de téléphone au bureau: _____

VEUILLEZ RETOURNER CE FORMULAIRE AU:

bureau de **Dr. H. Bissada, Directeur**
Le Centre régional de traitement des troubles de l'alimentation
L'Hôpital d'Ottawa, campus Général
Pièce 4428, C.P. 400
501 chemin Smyth
Ottawa, ON
K1H 8L6

Téléphone: 613-737-8042

Télécopieur: 613-737-8085