



713, chemin Montréal Road  
 Ottawa (Ontario) K1K 0T2  
 Tél. / Phone : 613-746-4621  
 Fax : 613-748-4958

**Étiquette patient ou / Patient ID or**

Nom de famille / *First name* \_\_\_\_\_  
 Prénom / *Last name* \_\_\_\_\_  
 Date de naissance / *Birth Date* \_\_\_\_\_  
 Carte santé / *Health Card #* \_\_\_\_\_

**CLINIQUE D'ÉLECTROMYOGRAPHIE (EMG) / ELECTROMYOGRAPHY CLINIC**

**REQUÊTE / REQUISITION**

Nom de famille / *Family Name* : \_\_\_\_\_ Prénom / *First Name* : \_\_\_\_\_

Adresse / *Address* : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone / *Phone Number* : \_\_\_\_\_ Date de Naissance / *Date of Birth* : \_\_\_\_\_  
 (jj-mm-aaaa / dd-mm-yyyy)

Renseignement clinique / *Diagnostic / Besoin Spéciaux - Clinical Information / Diagnosis / Special Needs*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SUR RENDEZ-VOUS SEULEMENT / BY APPOINTMENT ONLY**

Consultation et EMG - *Consultation and EMG study*

**(S.V.P inclure résultats de tests/d'imagerie pertinents - Please include relevant test results/imaging)**

\*\*\*\* Envoyer la requête par télécopieur seulement. Nous contacterons le patient pour lui donner son rendez-vous.  
 Aucun appel téléphonique ne sera accepté pour l'obtention d'un rendez-vous.

\*\*\*\* *Send requisition by fax only, we will contact the patient for an appointment date.*  
*No phone call will be accepted for booking an appointment.*

**ÉCRIRE EN LETTRE MOULÉE OU APPOSER UNE ÉTAMPE / PLEASE PRINT OR STAMP**

MÉDECIN / *PHYSICIAN*

ADRESSE / *ADDRESS*

Numéro de téléphone / *Phone Number* : \_\_\_\_\_

Numéro de télécopieur / *Fax Number* : \_\_\_\_\_

C.C. DR : \_\_\_\_\_

C.C. DR : \_\_\_\_\_

Essentiel à compléter pour fins d'acheminement des rapports et de facturation.  
*It's essential to fill out this section for reports and billing purposes.*

\_\_\_\_\_  
**Signature du médecin – *Physician's signature***

\_\_\_\_\_  
**Date (dd-mm-aaaa / dd-mm-yyyy)**



81000405

5100494 (02\_23)

Dossier clinique / Health record