



713, chemin Montréal Road
 Ottawa (Ontario) K1K 0T2
 Tél. / Phone : 613-746-4621
 Fax : 613-748-4997

Étiquette patient / Patient ID

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 / Diagnostique / 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'imageries 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 (11/18)

Dossier clinique / Health record