



WICWC.ORG

**(NOUVEAU) FORMULAIRE D'AUTORISATION MÉDICALE ET RÉFÉRENCE
(NEW) MEDICAL AUTHORIZATION & REFERRAL FORM**

INFORMATION SUR LE PATIENT / PATIENT INFORMATION

NOM DU PATIENT / PATIENT'S NAME	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU PATIENT / PATIENT PHONE NUMBER
---------------------------------	---

DATE DU DIAGNOSTIC / DATE OF DIAGNOSIS

DIAGNOSTIC / DIAGNOSIS	Jour / Day	Mois / Month	Année / Year	Métastases ? / Metastases? <input type="checkbox"/> Oui – où ? / Yes – where? _____ <input type="checkbox"/> Non / No <input type="checkbox"/> À déterminer / To be determined
------------------------	---------------	-----------------	-----------------	---

TRAITEMENT / TREATMENT	
<input type="checkbox"/> Chirurgie / Surgery <input type="checkbox"/> Chimiothérapie / Chemotherapy <input type="checkbox"/> Hormonothérapie / Hormone therapy	<input type="checkbox"/> Immunothérapie / Immunotherapy <input type="checkbox"/> Radiothérapie / Radiation <input type="checkbox"/> Autre / Other _____

AUTORISATION MÉDICALE / MEDICAL AUTHORIZATION

Je, Dr(e) (lettres moulées svp) / I, Dr. (please print) _____		
<input type="checkbox"/> N'AUTORISE PAS mon patient à s'inscrire / DO NOT AUTHORIZE my patient to enroll <input type="checkbox"/> SUIS D'ACCORD que mon patient peut s'inscrire à : / DO AUTHORIZE my patient to enroll in: <input type="checkbox"/> TOUTES les activités / ALL activities <input type="checkbox"/> SEULEMENT les activités cochées ci-dessous : / ONLY the activities checked below:		
<input type="checkbox"/> Exercice / Exercise	<input type="checkbox"/> Yoga/Pilates	<input type="checkbox"/> Nutrition
<input type="checkbox"/> Massage	<input type="checkbox"/> Acupression / Acupressure	<input type="checkbox"/> Méditation / Meditation
<input type="checkbox"/> Services de santé mentale (groupes de soutien/conseils) / Mental health services (support groups/counselling)		
Des restrictions supplémentaires ? / Any added restrictions? _____		
<u>Signature du médecin / Physician's signature</u>	<u>Nom de l'infirmier(ière) pivot / Name of Pivot Nurse</u>	<u>Date (Jour/Mois/Année) / (Day/Month/Year)</u>
<u>Adresse électronique du médecin / Physician's email address</u>	<u>Numéro du télécopieur / Fax number</u>	<u>Numéro de téléphone / Phone number</u>

Ce formulaire est OBLIGATOIRE pour participer à nos programmes / This form is MANDATORY for patients to participate

Le formulaire peut être envoyé par courriel à wicwc@wicwc.org, par télécopieur au 514-695-9315 ou remis par votre patient
Form can be emailed wicwc@wicwc.org, faxed 514-695-9315 or hand delivered by your patient