



FORMULAIRE D'AUTORISATION MÉDICALE ET RÉFÉRENCE  
MEDICAL AUTHORIZATION & REFERRAL FORM

**INFORMATION SUR LE PATIENT / PATIENT INFORMATION**

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

**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) \_\_\_\_\_

**N'AUTORISE PAS** mon patient à s'inscrire / **DO NOT AUTHORIZE** my patient to enroll

**SUIS D'ACCORD** que mon patient peut s'inscrire à : / **DO AUTHORIZE** my patient to enroll in:

**TOUTES les activités / ALL activities**

**SEULEMENT les activités cochées ci-dessous : / ONLY the activities checked below:**

Exercice / Exercise       Yoga/Pilates       Nutrition       Réflexologie / Reflexology

Massage       Acupression / Acupressure       Méditation / Meditation

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](mailto:wicwc@wicwc.org), par télécopieur au 514-695-9315 ou remis par votre patient  
Form can be emailed [wicwc@wicwc.org](mailto:wicwc@wicwc.org), faxed 514-695-9315 or hand delivered by your patient