

CathetersPLUS^{MC}

Programme d'aide aux patients

VEUILLEZ ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES

PATIENT

Prénom : _____ Nom de famille : _____
☐ Homme ☐ Femme ☐ Autre : _____ Date de naissance : _____
#Téléphone : _____ Courriel : _____
Adresse : _____
Ville : _____ Province : _____ Code Postal : _____
Assurance Cathéter : ☐ Provinciale ☐ Privé ☐ Aucune ☐ Autre : _____
N° de police ou de régime : _____ N° d'ident. : _____

CLINICIEN(NE)

Nom du Clinicien(ne) : _____
Signature du Clinicien(ne) : _____
N° de tél. : _____ Courriel : _____
Instructions : _____

TYPE DE CATHÉTER :

☐ Hydrophile ☐ Non enduit ☐ Foley FR : _____ CC : _____ ☐ Dilatation
☐ Coudé ☐ Droit ☐ Anti-infectieux ☐ Culottes
☐ Tout silicone ☐ Sac à Jambe ☐ Homme externe ☐ Serviettes

Dimension du Cathéter : _____ CH/FR _____ Fréquence : _____

FOURNITURES D'OSTOMIE : Au clinicien(ne): SVP veuillez joindre une liste des articles recommandés et numéros de produit.

NOTES:

☐ *Je consens à être contacté par le personnel de CathetersPLUS^{MC} dans le but de m'assister à trouver le bon type de cathéter qui répondra à mes besoins.*

Signature du Patient/Tuteur Légal : _____

Date : _____

S.v.p. envoyer à CathetersPLUS^{MC} cette forme dûment complétée au **905-569-7778** ou par courriel au **info@redleafmedical.com**

Pour plus de renseignements veuillez nous appeler sans frais au 1-877 563-7422. Pour obtenir une assistance immédiate, faites le « O ».

