



FORMULAIRE DE DEMANDE DE SERVICES

Centre CARMEN
253, Bellehumeur
Gatineau (QC) J8T 8N8

RÉFÉRENCE _____
Téléphone : 819 243-0337 #301 Télécopieur : 819 243-8739

Nom : _____ Prénom : _____ DDN : _____ Âge : _____
 Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____
 Tél (M) : _____ Tél (T) : _____ Tél (Cell) : _____
 Profession : _____ Adresse courriel : _____
 Personne à contacter : _____ (_____) Tél : _____
 Raisons de la demande de services : _____

Programmes	Horaires	Demandes (✓)
Les programmes sont offerts aux 2 semaines		
Proches aidants ONCO – Boîte à outils	Mardi de 18h30 à 21h	
Proches aidants ONCO - Massothérapie	Sur rendez-vous	
Multi-diagnostics – Douleurs chroniques	Mardi 13h à 15h30	
Onco - Hommes	Mardi 13h à 15h30	
Journal créatif - ONCO	Mercredi 13h à 15h30	
Apprendre à perdre sans se perdre - Deuil	Mardi soir ou Mercredi pm	
Onco - Femmes	Jeudi 10h à 12h00 et 13h15 à 15h15	
Sessions énergétiques (Reiki)	Sur rendez-vous	

Conditions de santé physique et psychologique actuelles : _____

Antécédents médicaux : _____

Médicaments / traitements : _____

Allergies connues : _____

Médecin de famille : _____ Clinique : _____

Chirurgien : _____ Hôpital : _____

Oncologue : _____ Hôpital : _____

Référence effectuée par

Nom - prénom			
Professionnel(le) de la santé (✓)	<input type="checkbox"/> Inf. - <input type="checkbox"/> I.P.O - <input type="checkbox"/> T.S - <input type="checkbox"/> Psy. - <input type="checkbox"/> M.D - <input type="checkbox"/> Autres :		
Adresse de l'organisme			
Téléphone	Télécopieur		
Adresse courriel			

J'autorise (nom du professionnel) _____ à transmettre des informations concernant ma demande de services au Centre CARMEN

Signature participant(e)

Signature témoin

Date (jj/mm/aaaa)