

Formulaire de demande de traitement

EHN Canada est le plus grand réseau privé de centres de santé mentale, de traumatologie et de traitement de la toxicomanie du pays. Nous fournissons un continuum complet de soins avec des programmes pour les patients hospitalisés, les patients externes et les programmes en ligne offerts d'un océan à l'autre.

Date de la demande

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
J	J	M	M	A	A	A	A

INFORMATION SUR LE PATIENT

Prénom

Nom de
Famille

Nom préféré
(s'il y a lieu)

Date de
Naissance

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
J	J	M	M	A	A	A	A

Genre

Homme

Femme

Autre

Téléphone

Courriel

Ville

Province

MOTIF DE LA DEMANDE

Motif principal de la demande de consultation

Conditions de santé mentale diagnostiquées, Antécédents de toxicomanie et autres informations pertinentes

Formulaire de demande de traitement

DEMANDE DE TRAITEMENT

Veillez sélectionner le service que vous recherchez pour ce patient :

- Services d'évaluation
- Traitement en milieu hospitalier
- Programme intensif suivi externe
- Post-traitement
- Programme pour les familles
- Groupes spécialisés en consultation externe
- Thérapie individuelle

Veillez sélectionner le lieu de traitement qui vous intéresse (si vous le connaissez) :

- Clinique Nouveau Départ | Montréal, QC
- Clinique Nouveau Départ programme de suivi intensif virtuel
- Edgewood | Nanaimo, BC
- Recovery Ranch | Fort Steele, BC
- Sandstone | Calgary, AB
- Red Deer Recovery | Red Deer, AB
- Bellwood | Toronto, ON
- Gateway | Peterborough, ON
- Ledgehill | Annapolis Valley, NS
- Atlantic Centre for Trauma | Nictaux, NS
- EHN en ligne/ambulatoire | plusieurs emplacements

INFORMATIONS SUR LE PROFESSIONNEL QUI A RÉFÉRÉ

Prénom	<input type="text"/>	Nom de famille	<input type="text"/>
Titre/Profession	<input type="text"/>	Institution	<input type="text"/>
Téléphone	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>
Courriel	<input type="text"/>		

Signature

Pour discuter plus en profondeur des informations contenues dans ce formulaire de recommandation, l'équipe d'EHN Canada à la permission de communiquer avec :

Le professionnel qui réfère oui non

Le patient oui non

Comment avez-vous entendu parler de nous ?

Veillez envoyer le formulaire rempli par courriel ou par télécopie : C : references@ehncanada.com | Fax: 514 521 1928