

Formulaire de communication ABCdaire 18mois+ au professionnel traitant

Date (JJ/MM/AAAA) : _____ / _____ / _____ Heure : _____

Professionnel traitant	Patient
Nom :	Nom :
Tél :	DDN :
Télec. :	N.A.M :

CONSENTEMENT PARENTAL (OU TUTEUR LÉGAL)

Je consens à ce qu'on communique avec le professionnel de la santé qui suit normalement mon enfant afin de l'informer des résultats de la présente visite et d'entreprendre les actions appropriées.

Signature : _____

COMMUNICATION

Nous souhaitons vous informer que nous avons rencontré votre patient lors de son rendez-vous ABCdaire 18mois+

Nous avons observé :

- Un développement normal Une santé globale normale selon un examen physique sommaire

L'enfant a reçu :

- La vaccination appropriée pour son âge
 L'enfant n'a pas reçu la vaccination (préciser la raison) : _____
 Les recommandations de pratiques préventives adaptées pour l'âge

L'enfant sera retourné à vos soins pour la poursuite de son suivi de routine.

Nous vous suggérons de revoir votre patient dans un délai raisonnable en raison de :

- Une ou des préoccupations parentales : _____
 Une ou des découvertes à l'examen physique : _____
 Une ou des indications de référer l'enfant en audiologie : _____
 Autre(s) raison(s) : _____

RÉFÉRENCE

Nous avons référé votre patient aux services suivants :

- Plateforme numérique de dépistage du développement Médecine dentaire Organisme(s) communautaire(s)
 Optométrie Service de nutrition Services psychosociaux (CISSS/CIUSSS local)
 Milieu éducatif

Pour les raisons suivantes : _____

Nom de l'infirmière :	N° de permis :
Tél :	Télec. :
Coordonnées au travail :	

Signature : _____