

2377 Rue Principale Ouest
Local 120, Magog, J1X 0J4
T. (819) 588-1205 F. (819) 769-1709

Site web www.naturemedic.ca
Courriel : info@naturemedic.ca

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom du patient : _____ Date de naissance (A/M/J) : _____
No. Téléphone : _____ Assurance maladie/exp. : _____
Courriel du patient : _____ Diagnostique : _____

TRAITEMENTS REQUIS

TRAITEMENTS

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Injection de stéroïdes par épидurale | <input type="checkbox"/> Infiltration de la hanche | <input type="checkbox"/> Bloc nerveux périphérique |
| <input type="checkbox"/> Injection de botox | <input type="checkbox"/> Infiltration sacro-iliaque | <input type="checkbox"/> Bloc facettaire |
| <input type="checkbox"/> Prolothérapie | <input type="checkbox"/> Infiltration de points gâchettes | <input type="checkbox"/> Autres: _____ |

Niveau : _____ Côté : _____

AUTRES SERVICES

- Infusion : Lidocaïne – Kétamine - Magnésium Réduction des méfaits / sevrage de narcotiques
 Évaluation indépendante/ Expertise en douleur chronique

Commentaires : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN

Je confirme avoir informé mon patient que Nature Médic est une clinique privée.

Nom (Lettres moulées SVP) : _____

License : _____

Lieu de pratique : _____

Signature : _____

Date (A/M/J) : _____

FAXER AU 819-769-1709

2377 Rue Principale Ouest
Local 120, Magog, J1X 0J4
T. (819) 588-1205 F. (819) 769-1709

Website: www.naturemedic.ca
Email: info@naturemedic.ca

PATIENT INFORMATION

Patient Name: _____ Date of Birth (Y/M/D): _____
 Phone Number: _____ Health Insurance #/exp.: _____
 Patient Email: _____ Diagnostic: _____

REQUESTED TREATMENT

TREATMENTS

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Epidural Steroid Injections | <input type="checkbox"/> Infiltration - Hip | <input type="checkbox"/> Botox Injections |
| <input type="checkbox"/> Facet Bloc | <input type="checkbox"/> Infiltration - Trigger points | <input type="checkbox"/> Prolotherapy |
| <input type="checkbox"/> Peripheral Nerve Bloc | <input type="checkbox"/> Infiltration - Sacro-iliac | <input type="checkbox"/> Other: _____ |

Area: _____ Side: _____

OTHER SERVICES

- Infusions: Lidocaine – Ketamine - Magnesium Opioid Harm Reduction
 Independent Evaluation / Expertise in Complex Pain Care

Comments : _____

PHYSICIAN INFORMATION

I confirm having informed my patient of the private status of Nature Médic.

Name (CAPS LETTERS, pls): _____ # License: _____

Practice Name: _____

Signature : _____ Date (YA/M/D): _____

FAX TO : 819-769-1709