

# DEMANDE DE CONSULTATION SUR LA MÉNOPAUSE

## sanoMidVie♀

Pour plus d'informations: Tél: 1 888 475-7046 Courriel: [info@sanoliving.ai](mailto:info@sanoliving.ai)

Website: [sanomidlife.com](http://sanomidlife.com) Envoyez la référence remplie par télécopieur: 1 833 419-0234

### Clinicien(ne) référent(e):

Nom de la clinique/du cabinet: \_\_\_\_\_

Prénom du/de la clinicien(ne): \_\_\_\_\_

Nom du/de la clinicien(ne): \_\_\_\_\_

N° de téléphone: \_\_\_\_\_

N° de télécopieur: \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_

### Informations sur la patiente :

Prénom de la patiente : \_\_\_\_\_

Nom de famille de la patiente : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

N° de carte santé : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

### Motif de la référence :

### Antécédents médicaux :

### Prise en charge actuelle et passée :

Rempli par :

Nom \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_