

Société Alzheimer du Suroît
Formulaire de référence
Tél: 1-877-373-0303 Téléc:450-373-0388

1. Formulaire d'autorisation pour la transmission des renseignements ci-dessous, à la Société Alzheimer du Suroît.

2. Retourner le formulaire complété à la Société Alzheimer du Suroît, 340 boul. Du Havre, Suite 101, Salaberry-de-Valleyfield. QC J6S 1S6.

Date ____/____/____
aaaa / mm / jj

Personne atteinte

Nom _____
Adresse _____
Ville _____
Province _____ Code postale _____
Tél # _____

Phase de la maladie:

précoce modéré avancé

Information sur l'aidant

Nom _____
Adresse _____
Ville _____
Province _____ Code postale _____
Tél maison _____ Cel _____
Tél bureau _____

Information sur le référent

Référé par _____
Adresse _____
Ville _____
Province _____ Code postale _____
Tél _____

Source de référence:

médecin CLSC travailleur social pharmacie autre

Déclaration de consentement/signature

Je _____ (nom) de _____ (ville) consent à ce que les informations ci-dessous soient transmisés à la Société Alzheimer du Suroît.

Signature _____ Date _____