FORMULAIRE DE PRISE EN CHARGE

TÉLÉCONSULTATION GRATUITE AVEC UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

|  |  |
| --- | --- |
| IDENTIFICATION | |
| NOM | Cliquer ici pour entrer du texte. |
| TÉLÉPHONE | Cliquer ici pour entrer du texte. |
| ADRESSE COURRIEL | Cliquer ici pour entrer du texte. |
| MÉTHODES DE CONTACT PRIVILÉGIÉES | Suivi téléphonique Visioconférence (ZOOM) |
| DISPONIBILITÉS POUR ÊTRE CONTACTÉ  (Cocher toutes les options applicables) | 6h à 8h  8h à 12h 12h à 16h  16h à 21h  Lundi Mardi Mercredi Jeudi  Vendredi |
| PROFESSIONNELS DISPONIBLES | CIBLER VOS BESOINS (menus déroulants) |
| ERGOTHÉRAPEUTE SANTÉ PHYSIQUE  ERGONOME | CLIQUER ICI  CLIQUER ICI  Commentaires : Cliquer ici pour entrer du texte. |
| PSYCHOLOGUE  ERGOTHÉRAPEUTE SANTÉ MENTALE | CLIQUER ICI  CLIQUER ICI  Commentaires : Cliquer ici pour entrer du texte. |
| KINÉSIOLOGUE | CLIQUER ICI  CLIQUER ICI  Commentaires : Cliquer ici pour entrer du texte. |
| PHYSIOTHÉRAPEUTE  TECHNICIEN EN RÉADAPTATION PHYSIQUE | CLIQUER ICI  CLIQUER ICI  Commentaires : Cliquer ici pour entrer du texte. |
| MASSOTHÉRAPEUTE | CLIQUER ICI  CLIQUER ICI  Commentaires : Cliquer ici pour entrer du texte. |
| NUTRITIONNISTE | CLIQUER ICI  CLIQUER ICI  Commentaires : Cliquer ici pour entrer du texte. |
| CONSENTEMENT | |
| En cochant cette case, je consens à la remise de ces informations au thérapeute qui prendra en charge ma demande et je suis d’accord que ce dernier entre en contact avec moi. Je comprends qu’il s’agit d’un service de rencontre ponctuelle avec un professionnel et non de thérapie complète. | |

Merci de votre intérêt, nous traiterons votre demande dans les plus brefs délais pour vous orienter vers le professionnel approprié.

**Veuillez acheminer ce formulaire à l’adresse courriel suivante :** [**isosante@isosante.com**](mailto:isosante@isosante.com)