



Installation : _____

Dossier : _____
Nom, Prénom : _____
Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa-mm-jj
NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm
Nom, Prénom de la mère : _____

INCAPACITÉ À REJOINDRE L'USAGER POUR UN SUIVI MÉDICAL SUITE À UNE VISITE À L'URGENCE

Madame,
Monsieur,

Par la présente, nous voulons vous donner un rendez-vous à notre clinique de relance pour faire le suivi des examens ou tests de laboratoire que vous avez subi lors de votre visite à l'urgence.

- ☐ Nous sommes dans l'incapacité de vous joindre par téléphone, malgré plusieurs tentatives, soit parce que le numéro de téléphone apparaissant à votre dossier est erroné, soit parce que nous n'avons aucun numéro de téléphone valide.
- ☐ Nous avons tenté de communiquer avec vous afin de vous attribuer une date de rendez-vous, mais nous n'avons pu vous joindre malgré trois (3) tentatives effectuées à l'intérieur d'une période de quinze (15) jours ouvrables.

Dans le respect des principes de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, ainsi que des normes ministérielles en matière de gestion de l'accessibilité, nous sommes dans l'obligation de placer votre demande en suspens.

Nous vous demandons de communiquer avec nous au 450 699-2425 poste 4425 dans un délai maximum de 30 jours suivant la date d'envoi de cette correspondance, sans quoi nous serons contraints de retirer votre nom de nos suivis. Le cas échéant, vous devrez revoir votre médecin référent ou votre médecin de famille pour une réévaluation de votre état de santé.

Sachez que cette gestion rigoureuse de notre liste d'attente s'effectue dans le souci d'offrir à l'ensemble de notre clientèle un accès à des soins de santé dans des délais raisonnables.

Nous vous remercions de votre compréhension et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos meilleurs sentiments.

L'équipe des cliniques de médecines spécialisées,

Signature : _____ Date : aaaa/mm/jj

c. c. Dr _____
Service des archives médicales