



HSJ-0000



**CONFIRMATION DE PRISE EN CHARGE
TRANSFERT DE LA CLIENTÈLE PÉDIATRIQUE EN MILIEU ADULTE**

Le, _____

En apposant votre signature, vous confirmez avoir rencontré :

_____ pour une prise en charge médicale complète.

Nom du patient

Ce premier rendez-vous vient compléter le processus de transfert en milieu adulte de ce patient. L'équipe traitante pédiatrique demeure disponible au besoin pour toutes questions.

Vous trouverez les coordonnées des professionnels impliqués dans le document de transfert du patient.

Nous vous remercions de votre collaboration,

L'équipe de transition PARACHUTE du CHUSJ,

Signature médecin receveur

Svp, bien vouloir faxer le document au _____, le jour même du rendez-vous.