

Formulaire de référence – Programme de promotion de la santé à la Faculté

Nom de l'apprenant : _____

Adresse courriel de l'apprenant : _____

Veuillez choisir l'une des options suivantes :		
étudiant(e) en médecine	ANNÉE	PROGRAMME
résident (e)	ANNÉE	PROGRAMME
résident (e) aux programmes de fellowship	ANNÉE	PROGRAMME
étudiant (e) aux études supérieures	ANNÉE	PROGRAMME
stagiaires postdoctoraux	ANNÉE	PROGRAMME
MMT	ANNÉE	PROGRAMME
Référé par :		
NOM	TITRE	
COURRIEL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	
Autre personne à inclure dans cette communication? :		
NOM	TITRE	
COURRIEL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	

Faculté de médecine

Programme de promotion de la santé à la Faculté
613-562-5800 ext 8507 • wellness@uOttawa.ca



Référer l'apprenant (e) à :	<input type="checkbox"/> Programme de promotion de la santé à la Faculté (Doyen(ne) adjoint(e) ou Directeur du mieux-être des apprenants)	
L'apprenant (e) a-t-il donné son consentement au sujet du référent ?	Oui	Non
Décrivez vos préoccupations et les questions spécifiques auxquelles vous souhaitez obtenir une réponse.		
<div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>		

Quelles sont les attentes du Programme de promotion de la santé à la Faculté?
<input type="checkbox"/> Confirmation auprès du membre du corps professoral référent que l'apprenant (e) a rencontré le PPSF (Veuillez noter que toutes les informations de santé personnelles sont confidentielles et ne seront pas partagées).
<input type="checkbox"/> Je souhaiterais discuter de cette référence avec vous.

À noter : Le Programme de promotion de la santé à la Faculté offre également des services de counselling individuel confidentiel. N'hésitez pas à diriger les apprenant (e)s au wellness@uottawa.ca.

Soumis par : _____

Date :

JOUR	MOIS	ANNÉE

Veuillez retourner le formulaire rempli à [LiquidFiles](#) au wellness@uottawa.ca

Faculté de médecine

Programme de promotion de la santé à la Faculté
613-562-5800 ext 8507 • wellness@uOttawa.ca

