

FORMULAIRE DE PREUVE DE DIAGNOSTIC

Cette section doit être remplie par candidat

Nom du candidat: _____

Nom du fournisseur de soins de santé : _____

Nom de l'hôpital ou de la clinique : _____

Adresse du bureau : _____

Ville : _____ Prov: _____ Code postal: _____

Numéro de téléphone du bureau : _____

Courriel du fournisseur de soins de santé : _____

Cette section doit être remplie par le Fournisseur de soins de santé

Veillez fournir un bref historique des antécédents médicaux du demandeur, ces derniers ayant un lien avec son diagnostic de maladies inflammatoires de l'intestin.

Je certifie que ce candidat est actuellement sous mes soins et qu'il a reçu un diagnostic de :

- maladie de Crohn
- colite ulcéreuse
- ou une autre forme de maladies inflammatoires de l'intestin.

En cochant cette case, vous consentez à ce que Crohn et Colite Canada ajoute votre nom à la liste des médecins référents d'AbbVie pour ce programme de bourses.

Signature: _____ Date: ____/____/____

Titre de compétences : _____