URGENT : ☐ Oui ☐ Non

CONSULTATION MÉDICALE

Nom de l'établissement

DT9040

Consultant/service

Requérant

Service demandé

☐ Consultation
☐ Consultation et soins simultanés
☐ Consultation et prise en charge
☐ Consultation Pré-op

Renseignements cliniques et motifs de la demande

Date Année | Mois | Jour | Heure :

Médecin traitant Signature | N° permis

Avis transmis à | par :

Date Année | Mois | Jour | Heure :

RÉPONSE DU MÉDECIN CONSULTANT

Si la réponse est dictée, le médecin consultant doit consigner, dans les notes d'évolution, son opinion diagnostique et les recommandations qui sont nécessaires, de façon immédiate, pour le médecin traitant.

SI L'ESPACE EST INSUFFISANT, utiliser le formulaire AH-600-6 ou AH-601-2 « Suite de rapport ».

Année | Mois | Jour | Heure :

Date

Signature du médecin consultant et n° permis

Imprimé sur du papier recyclé