

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.

Large area for handwritten notes and response.

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

Année	Mois	Jour	Heure
Date	Date	Date	Heure

Signature du médecin consultant et n° permis

Imprimé sur du papier recyclé