Centre de santé et de services sociaux
Richelieu-Yamaska

Consultation médicale à l'urgence

adressographie

Renseignements cliniques et motifs de la demande :

Date (année-mois-jour) **Heure** **Signature médicale (LISIBLE)** **# permis**

S.V.P. : AJOUTER VOTRE NOTE D'ÉVOLUTION MÉDICALE ET LA LISTE DES MÉDICAMENTS DU PATIENT

Réponse du médecin consultant

Date (année-mois-jour) **Heure** **Signature du médecin consultant et # permis**