

URGENT : Oui Non

CONSULTATION MÉDICALE

Nom de l'établissement



DT9040

Consultant/service
Requérant
Service demandé
<input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Consultation et soins simultanés
<input type="checkbox"/> Consultation et prise en charge <input type="checkbox"/> 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 with horizontal lines for writing the response.

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

Année	Mois	Jour	Heure

Signature du médecin consultant et n° permis

Imprimé sur du papier recyclé

URGENT : Oui Non

CONSULTATION MÉDICALE

Nom de l'établissement



DT9040

Consultant/service
Requérant
Service demandé
<input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Consultation et soins simultanés
<input type="checkbox"/> Consultation et prise en charge <input type="checkbox"/> Consultation Pré-op
Renseignements cliniques et motifs de la demande

Date	Année	Mois	Jour	Heure	Médecin traitant	Signature	N° permis
Avis transmis à				:	par :		Année Mois Jour Heure
						Date	:

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 with horizontal lines for writing the response.

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

Année	Mois	Jour	Heure

Signature du médecin consultant et n° permis

Imprimé sur du papier recyclé