



ACTIV DOCTORS
ONLINE

e-Consultation Report

Compte rendu de consultation

Patient Information

Patient Name:
(Prénom et Nom)

DOB:
(Date de Naissance)

Primary care physician:
(Médecin Référent)

E-consultation Date:
(Date de Consultation)

Consultation Duration:
(Durée de consultation)

minutes

Diagnoses (Diagnostics)

Treatment Recommendation (Traitement)

☐ Follow-up with primary care physician in 5-7 days (Consulter votre médecin traitant dans les 5-7 jours)

REFERRING PRACTITIONER SIGNATURE

Name (Prénom et Nom du médecin)

Signature