

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.

Imprimé sur du  
papier recyclé

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

Année Mois Jour :  
Date Heure

Signature du médecin consultant et n° permis