Nom de l'établissement							
		DT9040					
Consultant/service			$\neg$				
equérant							
equerant							
Service demandé							
Consultation		tion et soins simultai	nés				
Consultation et prise en ch Renseignements cliniques e							
nenseignements cliniques t	et motils de la demai	iue					
Année Mois	s Jour Heure	Si	nature			, N° permis	
Date	L   L :-	Médecin traitant					
vis transmis à	par:				Année	Mois Jour	, н
				Date			
Si la réponse est dictée, le et les recommandations q	THE RESERVE AL	PONSE DU MÉD	ECIN CONSULIA	AINI			
Année Mois Ju		CE EST INSUFFISA	NT, utiliser le form	ulaire AH-600-	6 ou AH-601	-2 « Suite c	le rappo
Année Mois Jo	SI L'ESPA	CE EST INSUFFISA	NT, utiliser le form	ulaire AH-600-	6 ou AH-601	-2 « Suite o	le rappo