





HDO

CONSULTATION MÉDICALE

MEDICALE									
URGENT : Q Oui Q Non Expiration de la carte d'assurance maladie :									
Consultant/service		Service demandé							
		Consultation		Consu	ultation	Pré-op	ı		
Requérant		☐ Consultation et p	rise en cha	rge					
Renseignements cliniques et motifs de la der	Pensaignements cliniques et motifs de la demande								
Renseignements cliniques et moths de la demande									
Année Mois Jour Heure	Médecin Signa	ature N° de permis							
Date	Médecin Signa traitant	icare				perms			
Avis transmis à	par :			Année	Mois	Jour	Heure		
			Date				:		
	RÉPONSE DU MÉD								
Si la réponse est dictée, le médecin consultant doit consigner, dans les notes d'évolution, son opinion diagnostique et les									
recommandations qui sont nécessaires, d	e façon immédiate, p	our le médecin traita	nt.						
	CLIPECDACE FOT INC	UFFISANT, utiliser le formu	laire AH 600	6 ou AU 601	2 " 511:44	do rana			
Année Mois Jour	JI L ESPACE EST INS	orrisalvi, utiliser le formu	iaile AП-000-	O UU AN-001	-z « Suite	ae rapp	OIL ".		
Data "		Signature du médecin c	onsultant et r	nº de nermis					
Date Heure		Signature du medeciñ c	onsundin et i	i de periilis					

Nom:	Prénom :	# Dossier :