







CHUL\*

## CONSULTATION MÉDICALE

IVILL	JICALL								
URGENT: 🔲 Oui 🔲 Non	URGENT : ☐ Oui ☐ Non Expiration de la carte d'assurance maladie :								
Consultant/service			Service demandé						
			☐ Consultation		☐ Consu	ltation	Pré-op	)	
Requérant		☐ Consultation et prise en charge							
			☐ Consultation et soins simultanés						
Renseignements cliniques et motif	Consultation et so	1113 311114	itaries						
Année Mois Jour  Date	Heure Médec traitan		ure			Nº de	e permis		
Avis transmis à	par :				Année	Mois	Jour	Heure	
				Date				:	
Si la réponse est dictée, le méde			CIN CONSULTANT						
recommandations qui sont néce									
Année Mois Jour	<u> </u>	'ESPACE EST INSU	FFISANT, utiliser le formula			2 « Suite	e de rapp	ort ».	
Date	Heure		Signature du médecin co	nsultant e	et nº de permis				

Nom:	Prénom :	# Dossier :
<del></del>		
-		