



\*DT9040\*



\*HCHUL\*

## CONSULTATION MÉDICALE

<b>URGENT :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					<b>Expiration de la carte d'assurance maladie :</b>						
Consultant/service					<b>Service demandé</b>						
Requérant					<input type="checkbox"/> Consultation <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Consultation Pré-op</span>						
Renseignements cliniques et motifs de la demande					<input type="checkbox"/> Consultation et prise en charge <input type="checkbox"/> Consultation et soins simultanés						
<div></div>											
<b>Date</b>	Année	Mois	Jour	Heure	<b>Médecin traitant</b>	Signature			N° de permis		
Avis transmis à					par :		<b>Date</b>	Année	Mois	Jour	Heure
											:
<b>RÉPONSE DU MÉDECIN CONSULTANT</b>											
<p>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.</p> <div style="height: 400px;"></div>											
Année      Mois      Jour      :					SI L'ESPACE EST INSUFFISANT, utiliser le formulaire AH-600-6 ou AH-601-2 « Suite de rapport ».						
Date					Signature du médecin consultant et n° de permis						

Nom :

Prénom :

# Dossier :