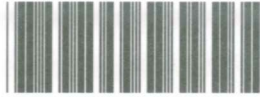


URGENT : Oui Non

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 :							

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

Date		Année	Mois	Jour	Heure

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

Signature du médecin consultant et n° permis

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

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

Année	Mois	Jour	Heure
_____	_____	_____	_____

Signature du médecin consultant et n° permis

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 :			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

Année	Mois	Jour	Heure

Signature du médecin consultant et n° permis

URGENT : Oui Non

CONSULTATION MÉDICALE

Nom de l'établissement



DT9040

Consultant/service
Requérant
Service demandé
<input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Consultation et soins simultanés
<input type="checkbox"/> Consultation et prise en charge <input type="checkbox"/> 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	:

AH-226 DT (rév. 04-09)

CONSULTATION MÉDICALE

PERSONNE À QUI LA DEMANDE EST ADRESSÉE