Santé
et Services sociaux
Québec

CONSULTATION MÉDICALE

Établissement :

Consultant/service	**Service demandé**
Requérant	❑ Consultation ❑ Consultation Pré-op ❑ Consultation et prise en charge ❑ Consultation et soins simultanés
Renseignements cliniques et motifs de la demande	

_____

_____

Date Année Mois Jour Heure :	**Médecin traitant** Signature	N° de permis
Avis transmis à	par :	**Date** 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.

Année Mois Jour :
Date Heure

_____
Signature du médecin consultant et n° permis