

Installation : _____

Dossier : _____
 Nom, Prénom : _____
 Date de naissance : _____ F M
 AAAAA-MM-JJ
 NAM : _____ Exp. _____
 AAAAA-MM
 Nom de la mère : _____

REQUÊTE MÉDECINE DE JOUR

GÉNÉRALITÉS

Demandeur : _____ Tél. : _____
 Médecin de famille : _____ Tél. : _____
 Priorité / Délai d'accès : Plus de 10 jours 3 à 10 jours Préciser Moins de 3 jours Jour même
 Allergies : Non Oui, préciser : _____
 Porteur de bactérie(s) résistante(s) : Non Ne sais pas
 Oui, préciser : SARM ERV CD Autre : _____

Pour toute demande, envoyer la requête complétée à l'hôpital concerné :

Hôpital Anna-Laberge (pneumatique : 14)

Télocopieur : 450 699-2563

Téléphone : 450 699-2425 (poste 4155)

Hôpital du Suroît

Télocopieur : 450 377-5772

Téléphonie : 450 371-9920 (poste 2574 ou 2581)

ECRIRE LISIBLEMENT EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE :

Rapports à retourner à : Demandeur : _____
 Médecin responsable : _____

Adresse : _____
 Téléphone : _____ Fax : _____

DEMANDE DE CONSULTATION – MÉDECINE DE JOUR

Diagnostic(s) / Investigation(s) : _____

Traitements / Conduite (joindre la prescription complète, incluant les produits sanguins) : _____

Ordonnance(s) / Requête : Non Oui, feuilles de prescription (prélèvement, examen, consultation, traitement ou autres)

L'utilisateur peut quitter par la suite : Oui Non, doit attendre avis médical

Précision : _____

Signature du demandeur : _____ MEDECIN DEMANDEUR Date : _____

