|  |  |
| --- | --- |
| **SIMULATION IP – DEMANDE DE CONSULTATION** | \**\*info du patient ici\** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  **URGENT** [ ]  Dans les 24 heures | Date de la demande : **\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_** | [ ]  Avisé | Heure : |
| Au médecin consultant : [ ]  opinion [ ]  opinion et traitement [ ]  transfert |
| Diagnostic provisoire :  **Signature du médecin traitant** |
| **Réponse du consultant** |
| Constatations : | Date : **\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_** |
|                     **Signature du consultant** |