|  |  |
| --- | --- |
| **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** | | | | |