

**SIMULATION IP – DEMANDE DE
CONSULTATION**

info du patient ici

<input type="checkbox"/> URGENT <input type="checkbox"/> Dans les 24 heures	Date de la demande : ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Avisé	Heure :
--	---	--------------------------------	---------

Au médecin consultant :	<input type="checkbox"/> opinion	<input type="checkbox"/> opinion et traitement	<input type="checkbox"/> transfert
-------------------------	----------------------------------	--	------------------------------------

Diagnostic provisoire :

Signature du médecin traitant

Réponse du consultant

Constatations :	Date : ____ / ____ / ____
-----------------	---------------------------

Signature du consultant