



Nom du patient – numéro de dossier

Demande de consultation service d'orthopédie

Date : _____

Non urgent

Semi-urgent Justification : _____

DIAGNOSTIC :

ÉVALUATION
PARACLINIQUE :

Le patient devra apporter les clichés radiologiques ou le CD-Rom des radiographies ainsi qu'une copie des rapports pertinents.

RAISON DE LA CONSULTATION :

Avis diagnostique et thérapeutique

Prise en charge pour traitement chirurgical

Nom du médecin demandant la consultation

Adresse

Téléphone

SIGNATURE DU MÉDECIN

PERMIS N°



Patient's name – Hospital number

Consultation form Orthopaedic surgery

Date : _____

Elective

Semi-urgent Justification : _____

DIAGNOSIS:

INVESTIGATION :

The patient will bring X-rays and photocopies of relevant reports.

REASON FOR CONSULTATION :

Diagnostic/Therapeutic opinion

Referral for surgical treatment

Name of referring physician

Address Telephone

SIGNATURE

LICENSE #