



\*CQ5680\*



\*HCHUL\*

## BORDEREAU DE CONSULTATIONS EXTERNES ORTHOPÉDIE - CHUL

À l'usage des agents administratifs pour les nouvelles demandes seulement

Reçu le : \_\_\_\_\_ Saisie Par : \_\_\_\_\_

Connu(e)

Non connu(e) Déjà en liste d'attente \_\_\_\_\_ Dernière visite le : \_\_\_\_\_

### MÉDECINS

### INFIRMIÈRES

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aucun médecin spécifique<br><input type="checkbox"/> D <sup>re</sup> Angers, Michèle<br><input type="checkbox"/> D <sup>re</sup> Bédard, Anne-Marie<br><input type="checkbox"/> D <sup>r</sup> Belzile, Sylvain | <input type="checkbox"/> D <sup>r</sup> Corriveau-Durand Simon<br><input type="checkbox"/> D <sup>re</sup> Laflamme, Mélissa<br><input type="checkbox"/> D <sup>r</sup> Leclerc, Alexandre<br><input type="checkbox"/> D <sup>r</sup> Morin, François | <input type="checkbox"/> _____<br><input type="checkbox"/> _____<br><input type="checkbox"/> Salle de plâtre<br><input type="checkbox"/> _____ |
|--|---|--|

### SERVICES REQUIS

- Première visite     
  Pieds/Chevilles     
  Mains/Poignets

### PRIORISATION DE LA DEMANDE

Renseignements médicaux insuffisants

### Demandes redirigées ailleurs

### Délai de visite

\_\_\_\_\_ Jours      \_\_\_\_\_ Semaines

\_\_\_\_\_ Mois      \_\_\_\_\_ Années

Mois/An (ex. : Fév. 2016) : \_\_\_\_\_

- Clinique l'Hétrière  
 Clinique PCN  
 Polyclinique de la Capitale  
 Cité Médicale  
 Ma Clinique

Délai à respecter **SANS FAUTE** (Nécessité médicale)

**\*\*Ajout de l'usager** : Date (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Heure (hh:mm) : \_\_\_\_:\_\_\_\_ Usager avisé :  Non  Oui

COMMENTAIRES : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

*À l'usage du demandeur (médecin, professionnel de la santé, etc.)*

Date : \_\_\_\_\_ Par : \_\_\_\_\_  
 (aaaa/mm/jj)      Signature du professionnel

*À l'usage des agents administratifs pour la mise en attente avec date ciblée*

Modifié le : \_\_\_\_\_ Par : \_\_\_\_\_  
 (aaaa/mm/jj)      Signature de l'agent administratif