





**DEMANDE DE CONSULTATION
 ORTHOPÉDIE PÉDIATRIQUE**

RAISON DE LA CONSULTATION : _____


 _____ Côté de la fracture : Droit Gauche

FRACTURES URGENTES OU AUTRES CONDITIONS URGENTES
 *Déplacement significatif, atteinte neuro vasculaire, atteinte cutanée ou une infection
 (arthrite septique, ostéomyélite)
 **Contacter orthopédiste de garde au CHUL :**
418 525-4444

FRACTURES NON URGENTES

Réduction faite  **Immobiliser de façon appropriée le membre fracturé et
 envoyer la demande de consultation au CHUL par
 télécopieur : 418 654-2722**
 Peu déplacée Immobilisée

AUTRES CONSULTATIONS NON URGENTES

 **Envoyer la demande par télécopieur à la Cité
 médicale (Place de la cité) 418 623-8926**

Raison de la consultation : _____

Délai désiré : _____ Examens faits : Radiographie IRM Échographie TDM

*Le délai de consultation sera ajusté selon les détails et les renseignements cliniques fournis

IDENTIFICATION DU MÉDECIN RÉFÉRENT

Nom du médecin référent		N° de permis		
N° de téléphone	N° de poste	N° télécopieur		
Point de service		Année	Mois	Jour
Signature				