

Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick
LIGNE DIRECTRICE SUR LES CONSULTATIONS

DEMANDE DE CONSULTATION ET ACCUSÉ DE RÉCEPTION

Cette note a pour but de demander une consultation pour le patient/la patiente ci-dessous.

Nom : _____ DDN : _____ N° assurance-maladie : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

*Préférable : Téléphone Courriel : (consentement)

Motif de la demande de consultation :

Notes supplémentaires sur ce patient/cette patiente :

Ceci est une demande urgente : Oui Non

La présente demande de consultation est accompagnée des renseignements médicaux suivants relatifs au patient/à la patiente :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Antécédents du patient et notes du médecin ayant une pertinence | <input type="checkbox"/> Rapports récents de spécialistes, si disponibles, et résultats des tests effectués |
| <input type="checkbox"/> Rapports de récents tests sanguins et autres analyses | <input type="checkbox"/> Rapports radiologiques pertinents |
| | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

Après réception du présent document, nous demandons à votre cabinet de communiquer au patient/à la patiente la date et l'heure de son rendez-vous, en lui précisant les préparatifs nécessaires avant de venir au rendez-vous. Si vous rencontrez des difficultés à communiquer avec le patient/la patiente, veuillez nous en informer.

Veuillez faire savoir à notre cabinet si vous pourrez recevoir ce patient/cette patiente ainsi que la période d'attente prévue.

Mes sincères salutations.

Dr _____ Date de la demande de consultation : _____

Dès réception, veuillez signer la portion ci-dessous et la renvoyer à notre cabinet

Notre cabinet accuse réception de votre demande de consultation visant le patient/la patiente ci-dessus.

Le Dr _____ examinera les documents concernant le patient/la patiente qui accompagnent la demande de consultation puis procédera au triage afin de lui fixer un rendez-vous.

Si le patient/la patiente est accepté/e, notre cabinet lui communiquera la date et l'heure de son rendez-vous, en précisant ce qui se passera pendant le rendez-vous ainsi que les préparatifs nécessaires avant de venir au rendez-vous.

Tous les patients sont mis à l'horaire selon le niveau d'urgence de leur cas. Notre liste d'attente est généralement de _____.

Nos sincères salutations.

Dr _____ Date de réception de la demande : _____

**Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick
LIGNE DIRECTRICE SUR LES CONSULTATIONS**

RÉPONSE À UNE DEMANDE DE CONSULTATION

Date de la réponse : _____

La présente est la réponse à une demande de consultation visant le patient/la patiente ci-dessous.

Nom : _____ DDN : _____

Ce patient/cette patient a été accepté/e : Oui

Date du rendez-vous : _____

Heure du rendez-vous : _____

Non

Motif(s) : _____

Note : Nous avons besoin des documents suivants. Prière de nous les envoyer DQP :

- _____
- _____
- _____

Nous communiquerons au patient/à la patiente la date et l'heure de son rendez-vous ainsi que les préparatifs nécessaires avant de venir à son rendez-vous.

Mes sincères salutations.

Dr _____