

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
 Peu déplacée Immobilisée



Immobiliser de façon appropriée le membre fracturé et
envoyer la demande de consultation au CHUL par
télécopieur : 418 654-2722

AUTRES CONSULTATIONS NON URGENTES



Envoyer la demande par télécopieur au CHUL
418 654-2722

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				

()

DEMANDE DE CONSULTATION
ORTHOPÉDIE PÉDIATRIQUE

Dossier de l'usager
D.I.C.: 3-4-4
Page 1 de 1