

**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				

()