

Informations obligatoires

Nom :  
Prénom :  
Date de naissance :  
RAMQ :  
# Dossier CH Gatineau (si connu)  
SVP indiquer tous les numéros de téléphone pour rejoindre le patient

# DEMANDE DE CONSULTATION

DATE : \_\_\_\_\_

La requête sera traitée selon le Guide de prise en charge obstétrique-gynécologie et colposcopie que vous trouverez à l'adresse : [portailmed07.rtss.qc.ca/gynecologie](http://portailmed07.rtss.qc.ca/gynecologie)

**RAISON DE LA CONSULTATION:**

- OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE  
 COLPOSCOPIE

**DIAGNOSTIC :**

**EXAMENS DIAGNOSTIQUES PRÉ-REQUIS EFFECTUÉS: (JOINDRE LES RÉSULTATS)**

**ÉVALUATION PARACLINIQUE ET TRAITEMENTS ANTÉRIEURS :**

**SANTÉ :** Affections associées ou antécédents médicaux pouvant compromettre une chirurgie

**NOM ET ADRESSE DU MÉDECIN**

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DU MÉDECIN

\_\_\_\_\_  
NO. DE PERMIS

**N.B. : TOUTE DEMANDE INCOMPLÈTE VOUS SERA RETOURNÉE**  
CENTRALE DE RENDEZ-VOUS DU CSSS DE GATINEAU, HÔPITAL DE GATINEAU,  
TÉL : 819-966-6100 POSTE 3759, TÉLÉCOPIEUR : 819-966-6387  
[portailmed07.rtss.qc.ca/gynecologie](http://portailmed07.rtss.qc.ca/gynecologie)