



## DEMANDE MEDICALE D'AVIS OU DE PRISE EN CHARGE EN DERMATOLOGIE

*Afin que nous puissions orienter au mieux et raccourcir les délais d'attente, nous vous prions de remplir ce formulaire de demande. Une réponse vous sera apportée dans les plus brefs délais*

**Toute demande incomplète ou imprécise ne pourra être traitée, elle doit être rédigée par le médecin en majuscules ou informatiquement.**

### **PARTIE 1 :**

**Renseignements administratifs :**  Enfant (<18 ans)  Adulte

Date de naissance :

Sexe :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

E-mail :

### **Type de consultation :**

1<sup>ère</sup> venue (ou pour un problème différent)

Suivi pathologie connue

Réévaluation d'un patient connu

Suivi d'un passage aux urgences en date du : .....

Patient(e) suivi(e) au CHU de Toulouse/Montpellier ou autre établissement (dossier et/ou courrier à joindre à cette demande)

**Demande particulière :** (Chirurgie/photothérapie dynamique/biopsie/Laser)

Non

si oui, laquelle ?

### **PARTIE 2 :**

**Renseignements médicaux :**

Joindre si adéquat : biopsie, résultats examens, photos (1 ou 2 de bonne qualité, lumière de jour)

**Médecin demandeur :** Nom / Prénom :

Tel :

Email :

Généraliste  Autre spécialiste : précisez : ..... **TAMPON SIGNATURE**

**Caractère d'urgence de la demande :**  Patient grabataire  Troubles cognitifs

<7 jours  Sous 15 jours  Sous 3 semaines

Sous 3 mois  Pas de caractère d'urgence  Autre .....

**Décrire précisément :** Diagnostic / Situation clinique/ traitements prescrits/ Problématique / Attentes :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Formulaire à envoyer par email :** [consult.dermato@ch-carcassonne.fr](mailto:consult.dermato@ch-carcassonne.fr) **ou par Fax :** 04.68.24.25.99

**Téléphone :** 04.68.24.33.40