



# CENTRE HOSPITALIER

Carcassonne

## DEMANDE DE CONSULTATION DE DERMATOLOGIE

A adresser par fax au 04. 68. 24. 25. 99  
ou par mail à [consult.dermato@ch-carcassonne.fr](mailto:consult.dermato@ch-carcassonne.fr)

Médecin demandeur: ..... Date : .....

Téléphone: ..... Fax : .....

Nom et prénom du patient: .....

Date de naissance : ..... Sexe :  F  H

Adresse postale(indispensable):.....

Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....

Rendez-vous demandé dans un délai de :

- Urgent     1 à 3 mois     plus de trois mois

Antécédents principaux :

.....

Traitements habituels :

.....

Brève description du problème (à défaut joindre un courrier détaillé) :

Merci de joindre tout document important pour la prise en charge du patient :  
Histologie, biologie, radiologie, courriers

.....