|  |
| --- |
| FORMULAIRE DE DEMANDE DE TELEMEDECINE |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Identification du patient | |  | Identification du requérant | |
| Nom : |  |  | Nom : |  |
| Nom de jeune fille : |  |  | Prénom : |  |
| Prénom : |  |  | Fonction : |  |
| Date de naissance : |  |  | Structure : |  |
| Adresse : |  |  | Téléphone : |  |
| Numéro de téléphone : |  |  | Mail : |  |
| Mutuelle : |  |  |  |  |
| Numéro de Sécurité sociale : |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Motif de la demande d'avis | |
| Motif de la consultation : |  |
| Votre problématique : |  |
| Point de vigilance : |  |
| Traitement en cours : |  |
| Antécédents/allergies/ facteur de risque : |  |
| Résultats d'examen complémentaires en lien avec la plaie (NFS, albumine, doppler veineux et artériel, radiographies … ) : |  |
| *Questions spécifiques relatives à la pathologie du patient (à voir avec le Dr TRIVIN)* |  |

|  |
| --- |
| **Merci de joindre si possible à la demande des photos qui vous sembleraient pertinentes**.  **Pièces justificatives à fournir : une pièce d’identité (passeport, ou carte nationale d’identité, ou acte de naissance) et une carte mutuelle.** |