|  |
| --- |
| 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.** |