



# DEMANDE DE TÉLÉMÉDECINE

## DOCUMENT MÉDICAL

VOUS AVEZ DEMANDÉ **UN AVIS** OU **UN SUIVI EN TÉLÉMÉDECINE** AU CHU DE RENNES.

MERCI DE **COMPLÉTER** LES INFORMATIONS CI-DESSOUS  
ET DE JOINDRE **TOUS DOCUMENTS PERTINENTS** POUR LA RÉALISATION  
DE L'ACTE DE TÉLÉMÉDECINE (TRAITEMENT EN COURS OBLIGATOIRE, RÉSULTATS  
D'EXAMENS, COURRIERS, IMAGES...).

### CARACTÉRISTIQUES DE LA DEMANDE

Spécialité demandée.....

Type de demande :            Téléconsultation            Téléexpertise

Date de la demande .....

Caractère d'urgence :            < 7 jours            > 7 jours

Validation du consentement            oui            non

### IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom d'usage .....

Prénom.....

Sexe :            Féminin            Masculin            Date de naissance .....

Adresse ou établissement de résidence.....

Lieu de l'acte de télé médecine.....

Téléphone (portable) ..... Courriel .....

