



**BROCÉLIANDE  
ATLANTIQUE**  
GROUPEMENT HOSPITALIER  
Vannes - Auray

Formulaire TELEMEDECINE Demande de  
Consultation Plaie

**DEMANDE de :** Téléconsultation  Téléexpertise

Document à retourner par mail sécurisé à l'une ou l'autre des adresses en fonction de vos adresses sécurisées (Apicrypt ou ms santé)

**secretariat.decker@medical.apicrypt.org**

**secretariat.decker@chba.mssante.fr**

**IDENTIFICATION DU PATIENT**

**IDENTIFICATION DU REQUERANT**

NOM de naissance :

NOM d'usage :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Sexe : F  H

Nationalité :

Adresse :

Consentement du patient

Consentement personne de confiance

Consensus de consentement

Numéro de sécurité sociale :

Caisse :

**Merci de joindre à la demande :**

- Carte d'identité
- Carte de mutuelle

NOM :

Prénom :

Fonction :

EHPAD :

Téléphone :

Identification du médecin traitant :

NOM :

Prénom :

Téléphone

Accord du médecin traitant

Doit-on adresser le compte rendu à un  
autre professionnel de santé :

**MOTIF DE LA DEMANDE DE CONSULTATION**

**MOTIF :**

**Votre problématique :**

**Point de vigilance :**

**Traitement en cours :**

**Antécédents / allergie/ facteurs de risque :**

<b><u>Type de plaie :</u></b>
<b><u>Contexte d'apparition :</u></b>
<b><u>Durée d'évolution de la plaie :</u></b>
<b><u>Protocole de soins actuels et antérieurs notables :</u></b>
<b><u>JOINDRE à LA DEMANDE</u> : résultats examens complémentaires en lien avec la plaie (NFS, albumine, doppler veineux et artériel, radiographies...)</b>
Problématique de douleur :                    oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Problématique de nutrition :                    oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Délai et horaire de consultation souhaités :