



**BROCÉLIANDE
ATLANTIQUE**
GROUPEMENT HOSPITALIER
Vannes - Auray

Formulaire TELEMEDECINE Demande de
Consultation Cas complexe

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 :
NOM d'usage :	
Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Fonction :
Lieu de naissance :	EHPAD :
Sexe : F <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	Téléphone :
Nationalité :	Identification du médecin traitant : NOM : Prénom : Téléphone Accord du médecin traitant <input type="checkbox"/>
Adresse :	
Consentement du patient <input type="checkbox"/> Consentement personne de confiance <input type="checkbox"/> Consensus de consentement <input type="checkbox"/>	
Numéro de sécurité sociale : Caisse :	Doit-on adresser le compte rendu à un autre professionnel de santé :
Merci de joindre à la demande : <ul style="list-style-type: none">- Carte d'identité- Carte de mutuelle	
MOTIF DE LA DEMANDE DE CONSULTATION	
MOTIF :	
Votre problématique :	
Point de vigilance :	
Traitement en cours :	
Antécédents / allergie/ facteurs de risque :	
JOINDRE à LA DEMANDE : résultats examens complémentaires en lien avec la problématique	
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 :	