



**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 :<br>NOM :<br>Prénom :<br>Téléphone<br>Accord du médecin traitant <input type="checkbox"/> |
| Adresse :   |   |
| Consentement du patient <input type="checkbox"/><br>Consentement personne de confiance <input type="checkbox"/><br>Consensus de consentement <input type="checkbox"/> |   |
| Numéro de sécurité sociale :<br>Caisse :  | Doit-on adresser le compte rendu à un<br>autre professionnel de santé :   |
| <b>Merci de joindre à la demande :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Carte d'identité</li><li>- Carte de mutuelle</li></ul>                                 |   |
| <b>MOTIF DE LA DEMANDE DE CONSULTATION</b>  |   |
| <b>MOTIF :</b>  |   |
| <b>Votre problématique :</b>  |   |
| <b>Point de vigilance :</b>   |   |
| <b>Traitement en cours :</b>  |   |
| <b>Antécédents / allergie/ facteurs de risque :</b>   |   |
| <b>JOINDRE à LA DEMANDE :</b> 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 :  |   |