

Demande de Consultation – Hospitalisation

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR LE MEDECIN TRAITANT POUR TOUTE DEMANDE DE CONSULTATION

A adresser :

- **Par fax :** 05.57.55.71.19
- **Ou par mail :** secretariat.dermatologie-consult@ch-libourne.fr
secretariat.dermatologie-consult@ch-libourne.mssante
- **Ou par voie postale :**
Hôpital Robert Boulin, Service de Dermatologie, 112 rue de la marne, 33500 LIBOURNE

Médecin : Ville :

Date : Mail :

Tel : Fax :

Patient : Nom : Prénom :

Date de naissance : Sexe F ☐ M ☐

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Type de demande : ☐ Consultation ☐ Hospitalisation

Antécédents principaux :

Traitements habituels :

Degré d'urgence : ☐ Urgence médicale (< 1 mois) ☐ Non urgent (3 à 6 mois)

Description du problème (OBLIGATOIRE) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pour toutes demandes merci de joindre OBLIGATOIREMENT des photos et/ou tout autre document important pour la prise en charge du patient : histologie, biologie, radiologie, lettres.

Pour toute demande d'avis, merci de faire une demande de télé-expertise en passant par le lien

<https://portail.alliance-gironde.fr/pro/>

Signature et tampon du Médecin (OBLIGATOIRE) :

Service de Dermatologie, Centre Hospitalier Robert Boulin, 112 rue de la marne, 33500 LIBOURNE

Secrétariat : 05.57.55.26.05