

Centre de Cicatrisation - Demande de Consultation

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR LE MEDECIN TRAITANT

A adresser :

- Par fax : 05.24.50.72.90
- Par mail : centre.cicatrisation@ch-libourne.fr
- Par voie postale : Centre de Cicatrisation, CH Robert Boulin, 112 Rue de la Marne, 33500 LIBOURNE

Médecin

Nom :
Tél :
Mail :
Fax :

Patient

Nom : Prénom :
Date de naissance : Sexe : F M
Adresse :
Téléphone :
Mail :

Renseignements cliniques

Principaux antécédents :

.....
.....
.....

Traitements habituels :

.....
.....
.....

Histoire et description de la plaie :

.....
.....
.....
.....

Echo-doppler artériel : Oui : Non :

Merci de joindre tous les documents importants pour la prise en charge :
photos, biologies, radiographies, écho-doppers.

Signature et tampon du Médecin :



Centre de Cicatrisation – Centre Hospitalier Robert Boulin- 112 Rue de la Marne – 33500 LIBOURNE
Secrétariat : 05.57.55.35.77