

**Demande de Consultation – Hospitalisation**

**A REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR LE MEDECIN TRAITANT**

**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) :**

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

**Merci de joindre tout document important pour la prise en charge du patient : histologie, biologie, radiologie, lettres, photos**

**Si vous disposez de la plateforme Pacco-Globule, merci de faire une demande de télé-expertise via Pacco-Globule destinée à service de dermatologie vénérologie CH libourne.**

**Signature et tampon du Médecin (OBLIGATOIRE) :**