

Formulaire de référence

Nom de famille: _____ Prénoms: _____ Date de naissance / /
Père: _____ Mère: _____ Sexe F M
Rue/numéro: _____ Langue parlée A/E F I
NPA: _____ Lieu/Canton: _____
Tél. privé/travail: _____ Caisse maladie: _____
Adresse mail: _____
Inscription AI? Oui Non Si oui, n° IC: _____

Problème: _____
Diagnostic de suspicion: _____

Requête:

- avoir un deuxième avis
- convoquer le patient pour une intervention chirurgicale
- mettre en place/contrôler un plâtre
- effectuer une pH-métrie
- effectuer un test respiratoire à l'H2
- effectuer une échographie de l'organe: _____
- autres: _____

Médecin référent:

Titre: _____ Adresse: _____
Nom: _____ NPA, lieu: _____
Prénom: _____ N° GLN: _____
Adresse mail: _____ Tél: _____

Lieu: _____ Date: / / Signature du médecin: _____