

Fiche de demande d'avis

Cette fiche doit être envoyée exclusivement par messagerie sécurisée de santé

cicat.occitanie@org.oc.mssante.fr

Le patient et/ou le médecin traitant souhaite :

- Voir un professionnel expert du réseau connu : Dr/M./MME.....(nom/prénom)
- Voir un professionnel expert du réseau.

	Demandeur Nom : Prénom :	Date de la demande :
	Patient Nom : Prénom : Date de naissance : N° Sécurité Sociale :	Consentement du patient : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si patient à domicile	Médecin traitant Nom : Prénom : Téléphone : Mail : Accord : <input type="checkbox"/> Oui ; <input type="checkbox"/> Non	IDE à domicile Nom : Prénom : Téléphone : Mail : Accord : <input type="checkbox"/> Oui ; <input type="checkbox"/> Non
Si patient en établissement	Médecin Coordonnateur Nom : Prénom : Téléphone : Mail : Accord : <input type="checkbox"/> Oui ; <input type="checkbox"/> Non	IDE Coordonnateur Nom : Prénom : Téléphone : Mail : Accord : <input type="checkbox"/> Oui ; <input type="checkbox"/> Non
	Rendez-vous souhaité dans : <input type="checkbox"/> Dès que possible <input type="checkbox"/> 15 jours <input type="checkbox"/> 3 semaines <input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/>	