

## Fiche de demande de téléconsultation

*Cette fiche doit être envoyée exclusivement par messagerie sécurisée de santé*

**cicat.occitanie@org.oc.mssante.fr**

**Le médecin souhaite :**

- Voir un professionnel identifié : M./Mme/Dr :
- Que son patient soit suivi en téléconsultation par le réseau, quel que soit l'expert.

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

# DOMOPLAIES

Service régional de prise en charge des plaies en Occitanie

Commentaires :