

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

	<b>Demandeur</b>	<b>Date de la demande :</b>
	Nom : Prénom :	
	<b>Patient</b>	<b>Consentement du patient :</b>
	Nom : Prénom : Date de naissance : N° Sécurité Sociale :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Si patient à domicile</b>	<b>Médecin traitant</b>	<b>IDE à domicile</b>
	Nom : Prénom : Téléphone : Mail :	Nom : Prénom : Téléphone : Mail :
	Accord : <input type="checkbox"/> Oui ; <input type="checkbox"/> Non	Accord : <input type="checkbox"/> Oui ; <input type="checkbox"/> Non
<b>Si patient en établissement</b>	<b>Médecin Coordonnateur</b>	<b>IDE Coordonnateur</b>
	Nom : Prénom : Téléphone : Mail :	Nom : Prénom : Téléphone : Mail :
	Accord : <input type="checkbox"/> Oui ; <input type="checkbox"/> Non	Accord : <input type="checkbox"/> Oui ; <input type="checkbox"/> Non
	<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"/> .....	