Je souhaite pour mon/ma patient/e une consultation ambulatoire spécialisée :

Un rendez-vous est déjà prévu pour mon/ma patient/e en date du ………………………. :

* **A la consultation spécialisée :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Endocrinologie** (021 314 49 40) | **Diabétologie** (021 314 49 40) | **Obésité & TCA** (021 314 45 25) |
| Hypogonadisme (021 314 06 30) | Diab. gestationnel (021 314 16 12) | **EIM** (021 314 49 40) |
| Hypophyse (021 314 49 40) | Diabète & Reins (021 314 49 40) |
| Thyroïde (021 314 49 40) | Sport & Diabète (021 692 55 05) |  |
| Syndrome Turner (021 314 06 30) | Diabète & TCA (021 314 49 40) |  |
| Reproduction (021 314 06 30) |  |
| Transition pédiatrique (021 314 06 30) | |

* **A la consultation du médecin-cadre :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pr N. Pitteloud (021 314 06 30) | Pr F. Pralong (021 314 05 97) | Dr Jornayvaz (021 314 06 30) |
| Dr L. Portmann (021 314 05 97) | Dr J. Puder (021 314 06 30) | Dr Coti Bertrand (021 314 56 18) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Patient | Nom |  | | |
| Prénom |  | | |
| Date de naissance |  | | |
| Rue |  | | |
| NP, ville |  | | |
| Téléphone |  | | |
| Diagnostics |  | | | Dates |
|  | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |
| Traitement |  | | Posologie | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
| Motif de la demande |  | | | |

**Vaud_noir.png**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Annexes |  | |
| Médecin demandeur | Nom |  |
| Prénom |  |
| Téléphone |  |
| Remarques |  | |

Date : Signature + tampon