



Demande d'avis médical

A renvoyer par e-mail : cco.secretariat.sarcomes@chuv.ch

Ou par fax : 021 314 07 37 (Centre coordonné d'oncologie) ou 021 314 23 70 (Chirurgie viscérale)

ID Patient	
Nom, Prénom	
Date de naissance	
Sexe	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
Adresse	
N° tél	
Nationalité	
Assureur	
Médecin traitant	
Nom, prénom	
Spécialité	
Adresse	
Oncologue référent (si connu)	

Motif/situation actuelle

Documents annexes :

- Copie de la carte d'assurance, recto-verso (obligatoire)
- Autres :

Lieu, date

