



Demande de consultation

à envoyer à imce.cemic@chuv.ch, par fax au 021 314 11 11 ou par courrier
ou via le portail medchuv.ch

Le patient est convoqué par nos soins.

Demande faite pour :

- Avis de médecine intégrative
 - Oncologie
 - Douleur
- Consultation médicale complémentaire
 - Acupuncture
 - Hypnose, acupuncture

Coordonnées du patient :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : - - / - - / - - - -

<i>A ne remplir que si la demande n'a pas été faite via le site med.chuv.ch</i>	
Coordonnées du patient :	Coordonnées du médecin traitant :
Rue/Numéro :	Rue/Numéro :
NPA/Ville :	NPA/Ville :
Téléphone :	Téléphone :
Email :	Email (pour communication directe) :

Motifs de la consultation :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Diagnostics principaux actuels, antécédents significatifs (résumé de la situation de santé) :

.....

.....

.....

.....

.....



Traitement(s) actuel(s) (conventionnel et de médecine complémentaire) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Traitement(s) antérieur(s) de médecine conventionnel et complémentaire relevant(s) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Remarques

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Lieu de consultation :
BH 06- entrée 05 (centre antalgie)
Rue du Bugnon 46
1011 Lausanne