**Demande de consultation/inscription au colloque**

A renvoyer par e-mail : [cco.secretariat.sarcomes@chuv.ch](cco.secretariat.sarcomes%40chuv.ch)

Ou par fax : 021 314 07 37 (Centre coordonné d’oncologie)

|  |
| --- |
| **Coordonnées du patient** |
| Nom, Prénom |       |
| Date de naissance |       |
| Sexe | [ ]  Féminin [ ] Masculin |
| Adresse |       |
| N° tél |       |
| Nationalité |       |
| Assureur / nr d’assuré |       |
| Mon patient est informé de ma demande d’avis médical au Centre des sarcomes [ ]  Oui [ ]  Non |

|  |
| --- |
| **Médecin traitant** |
| Nom, prénom |       |
| Spécialité  |       |
| Adresse |       |
| **Oncologue référent (si connu/existant)** |
|       |

|  |
| --- |
| **Antécédents, situation actuelle et motif de la demande**  |
|       |

Documents annexes :

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Copie de la carte d’assurance, recto-verso (obligatoire) |
| [ ]  | Autres pièces jointes :       |

Lieu, date :