**Demande de consultation/inscription au colloque**

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