

**Demande de consultation/inscription au colloque**

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

|  |
| --- |
| **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 :

Formulaire de contact\_V1 1