

## Demande de consultation au Centre SportAdo (DISA)

Votre demande sera évaluée dans les 7 jours ouvrables

**Toute demande de prise en charge urgente nécessite un contact téléphonique préalable avec la DISA (021/314.37.60)**

Date de la demande:

Patient·e*	
Nom :	
Prénom :	F      M
Date de naissance :	
Tél. :	Tél. répondant :
Adresse :	
NPA/ville :	
Sport / Club :	
Niveau :	
Nombre d'entraînements par semaine :	
Coach :	

Demandeur/-euse*
Nom :
Prénom :
Fonction :
Institution :
Adresse :
NPA/ville :
Tél :
Mail :
<b>Médecin traitant: nom, prénom, ville</b>

**Merci de nous faire parvenir les documents suivants (si pertinents):**

- **Rapport.s de radiologie et accès aux images**
- **Courbes de croissances**
- **Rapport.s des spécialistes**
- **Résultats de laboratoire**

### I. Description de la demande

**Résumé du motif de la demande et de la situation\*** : (champ limité, joindre un rapport plus complet si nécessaire)

Paramètres récents de croissance : **Date :**      Poids      kg /      Taille      cm / IBMI      kg/m<sup>2</sup>

### II. Examens effectués\*

Pas d'examens effectués

Radios:

IRM :

Autres:

Date et lieu de l'examen :