

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 :
Médecin traitant: nom, prénom, ville

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/m²

II. Examens effectués*

Pas d'examens effectués

Radios:

IRM :

Autres:

Date et lieu de l'examen :