

Demande de consultation générale à la 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 :	
Date de naissance :	
Tél. :	Tél. répondant :
Adresse :	
NPA/ville :	

Demandeur/-euse*	
Nom :	
Prénom :	
Fonction :	
Institution :	
Adresse :	
NPA/ville :	
Tél :	Mail :

Besoin de traduction (langue) :

I. Description de la demande

I.1 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 // BMI kg/m²

I.2 Attentes du/de la demandeur/-euse* :

- CONSILIUM (2-4 consultations de bilan spécialisé à la DISA puis suite du suivi par médecin traitant)
- CO-SUIVI (partage du suivi de situations complexes entre médecin traitant et DISA)
- DELEGATION/SUIVI GENERAL (reprise du suivi médical par la DISA qui devient le médecin traitant)
- A DEFINIR

Pourquoi souhaitez-vous un suivi/une évaluation à la DISA plutôt qu'un·e autre intervenant·e ?
(médecin traitant, psychologue/psychiatre, etc.)

Suite à la page 2

* = champ obligatoire





2. Intervenants & Réseau

2.1 Médecin traitant* (si vous êtes le médecin traitant, passer directement au point 2.2)

Pas de médecin traitant : *passer directement au point 2.2*

Coordonnées du médecin traitant* : Nom : _____ Lieu : _____

Médecin traitant averti et soutient la prise en charge à la DISA* : Oui Non

Si non, pour quelle raison ?*

Nous vous informons qu'un courrier sera envoyé au médecin traitant afin de l'informer de l'évaluation de la DISA

2.2 Autres suivis/mesures déjà en place

Suivi psychologique actuel* : Oui, par qui ? _____ Non

Autres intervenants (gynécologue, autres médecins, assistant social, éducateur/-trice, etc.)

Autres remarques et attentes :

Merci de joindre à ce formulaire ou de demander au médecin traitant de nous faire parvenir les documents suivants :

- ✓ Courbes de croissances
- ✓ Copie du carnet de vaccinations
- ✓ Éléments médicaux objectifs (rapports, examens de laboratoire, radiologie etc.)
- ✓ Carnet de santé

NE PAS REMPLIR (réservé à la DISA)

Date de réception de la demande + AM : _____ Date du tri : _____

Filière : Consultation générale Consilium CDC Autre : _____

Degré d'urgence : Urgent Prioritaire Non urgent

Contact avec demandeur/-euse : _____

Merci de réunir les documents surlignés ci-dessus

Autres remarques (autres mesures proposées, réorientation du/de la patient(e)) :

