



## Demande de consultation générale à la DISA

**Délai**      **Urgent** (nécessite un contact préalable avec notre équipe médicale) *Si urgent // discuté avec :*

**Non urgent** (dès que possible en fonction de l'agenda)

**Date de la demande :**

### Informations sur le demandeur

Nom :

Prénom :

Fonction :

Institution :

Adresse postale complète :

Code postal :

Ville :

Tél :

Adresse e-mail :

### Informations sur le patient

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Tél. patient :

Tél. répondant :

Adresse postale complète :

Code postal :

Ville :

**Médecin traitant** (y.c. mail et tél.) :

Médecin traitant averti :    Oui    Non

Pas consulté depuis > 2 ans

Pas de médecin traitant

**\*Remarque importante : le médecin traitant doit dans tous les cas être contacté et informé de la demande à la DISA au préalable. Dans la mesure du possible, lui demander de nous adresser un rapport précisant la demande et les documents ci-dessus**

Suivi psychologique actuel :    Non    Oui    Si oui par qui :

**Résumé du motif de la demande et de l'anamnèse actuelle :** (Si vous le souhaitez vous pouvez joindre un rapport plus complet)

**Paramètres récents de croissance :** Date

Poids

kg // Taille

cm // BMI

kg/m<sup>2</sup>

### Attentes du demandeur :

Consilium (2-4 consultations de bilan spécialisé à la DISA puis suite du suivi par le médecin traitant)

Co-suivi (partage du suivi de situations complexes entre le médecin traitant et la DISA)

Délégation (reprise du suivi médical du/de la patient-e par la DISA qui devient le médecin traitant)

A définir

**Précisions sur les attentes/remarques :**

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

- ✓ Courbes de croissance
- ✓ Copie du carnet de vaccinations
- ✓ Eléments médicaux objectifs (rapports, examens de laboratoire, radiologie etc.)

**NE PAS REMPLIR** (réservé à la DISA)

Nom de l'assistante médicale :

Décision :