



Je souhaite pour mon/ma patient/e une consultation ambulatoire spécialisée :

► **A la consultation spécialisée :**

<input type="checkbox"/> <b>Endocrinologie</b> email : <b>edm.desk.hdp@chuv.ch</b> fax: 021 314 94 51	<input type="checkbox"/> <b>Diabétologie</b> email : <b>edm.desk.hdp@chuv.ch</b> fax: 021 314 94 51	<input type="checkbox"/> <b>Nutrition clinique (021 314 50 91)</b> email : <b>edm.desk.nut@chuv.ch</b> tél: 021 314 50 91
<input type="checkbox"/> Hypogonadisme <input type="checkbox"/> Hypophyse <input type="checkbox"/> Thyroïde <input type="checkbox"/> Syndrome Turner <input type="checkbox"/> Reproduction <input type="checkbox"/> Transition pédiatrique	<input type="checkbox"/> Diab. gestationnel <input type="checkbox"/> Diabète & Reins <input type="checkbox"/> Sport & Diabète <input type="checkbox"/> Diabète & TCA	

<b>Patient</b>	Nom
	Prénom
	Date de naissance
	Rue
	NP, ville
	Téléphone
<b>Diagnostics</b>	Dates
<b>Traitement</b>	Posologie
<b>Motif de la demande</b>	



<b>Annexes</b>	
<b>Médecin demandeur</b>	Nom
	Prénom
	Téléphone
<b>Remarques</b>	

Date :

Signature + tampon