



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

▶ **A la consultation spécialisée :**

<input type="checkbox"/> Endocrinologie email : edm.desk.hdp@chuv.ch fax: 021 314 94 51	<input type="checkbox"/> Diabétologie email : edm.desk.hdp@chuv.ch fax: 021 314 94 51	<input type="checkbox"/> Nutrition clinique (021 314 50 91) email : edm.desk.nut@chuv.ch 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	

Diagnostics	
Traitement	<p style="text-align: right;">Posologie</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Motif de la demande	





Annexes	
Médecin demandeur	Nom
	Prénom
	Téléphone
Remarques	

Date :

Signature + tampon