



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

Un rendez-vous est déjà prévu pour mon/ma patient/e en date du :

► **A la consultation spécialisée :**

<input type="checkbox"/> Endocrinologie (021 314 94 51)	<input type="checkbox"/> Diabétologie (021 314 94 51)	<input type="checkbox"/> Obésité & TCA (021 314 45 25)
<input type="checkbox"/> Hypogonadisme (021 314 80 31)	<input type="checkbox"/> Diab. gestationnel (021 314 16 12)	<input type="checkbox"/> EIM (021 314 49 40)
<input type="checkbox"/> Hypophyse (021 314 94 51)	<input type="checkbox"/> Diabète & Reins (021 314 94 51)	
<input type="checkbox"/> Thyroïde (021 314 94 51)	<input type="checkbox"/> Sport & Diabète (021 692 55 05)	<input type="checkbox"/> Lipides (021 314 94 51)
<input type="checkbox"/> Syndrome Turner (021 314 80 31)	<input type="checkbox"/> Diabète & TCA (021 314 94 51)	
<input type="checkbox"/> Reproduction (021 314 80 31)		
<input type="checkbox"/> Transition pédiatrique (021 314 80 31)		

► **A la consultation du médecin-cadre :**

<input type="checkbox"/> Pr N. Pitteloud (021 314 80 31)	<input type="checkbox"/> Pr J. Puder (021 314 80 31)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dr G.Sykiotis (021 314 80 31)	<input type="checkbox"/> Dr Coti Bertrand (021 314 06 30)	<input type="checkbox"/>

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



Annexes	
Médecin demandeur	Nom
	Prénom
	Téléphone
Remarques	

Date :

Signature + tampon