[ ]  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 :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  **Endocrinologie** (021 314 49 40) | [ ]  **Diabétologie** (021 314 49 40) | [ ]  **Obésité & TCA** (021 314 45 25) |
| [ ]  Hypogonadisme (021 314 06 30) | [ ]  Diab. gestationnel (021 314 16 12) | [ ]  **EIM** (021 314 49 40) |
| [ ]  Hypophyse (021 314 49 40) | [ ]  Diabète & Reins (021 314 49 40) |
| [ ]  Thyroïde (021 314 49 40) | [ ]  Sport & Diabète (021 692 55 05) | [ ]  |
| [ ]  Syndrome Turner (021 314 06 30) | [ ]  Diabète & TCA (021 314 49 40) |  |
| [ ]  Reproduction (021 314 06 30) |  |
| [ ]  Transition pédiatrique (021 314 06 30) |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Pr N. Pitteloud (021 314 06 30) | [ ]  Pr F. Pralong (021 314 05 97) | [ ]  Dr Jornayvaz (021 314 06 30) |
| [ ]  Dr L. Portmann (021 314 05 97) | [ ]  Dr J. Puder (021 314 06 30) | [ ]  Dr Coti Bertrand (021 314 56 18) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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