



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 94 51	<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 94 51	<input type="checkbox"/> Diabète & TCA 021 314 94 51	
<input type="checkbox"/> Reproduction 021 314 94 51		
<input type="checkbox"/> Transition pédiatrique 021 314 94 51		

► A la consultation du médecin-cadre :

<input type="checkbox"/> Pr N. Pitteloud (021 314 80 31)	<input type="checkbox"/> Pr J. Puder 021 314 94 51	<input type="checkbox"/> Pr.A.Wojtusciszyn 021 314 94 51
<input type="checkbox"/> Dr G.Sykiotis (021 314 80 31)	<input type="checkbox"/> Pr P. Kopp 021 314 94 51	<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