

DEMANDE DE CONSILIUM EN MEDECINE DU TRAVAIL en l'absence du patient

Les champs notés en jaune doivent être complétés pour que le formulaire soit transféré aux médecins du DSTE, qui répondront par écrit aux questions posées par les médecins spécialistes et/ou généralistes. Une facturation au tarif Tarmed « consilium » sera adressée au patient concerné.

Coordonnées du médecin (nom, prénom, adresse): E-mail	Unisanté – Département santé, travail et environnement (DSTE) Unité consilium en médecine du travail Route de la Corniche 2 1066 Epalinges Tél. 021 314 74 33 Fax 021 314 74 30 Courriel : dste.secrmed@unisante.ch
----------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Coordonnées du patient
Nom :
Prénom :
<input type="checkbox"/> Homme / <input type="checkbox"/> Femme
Date de Naissance :
Nationalité :
Si Suisse, lieu d'origine :
État civil :
E-mail :
Adresse (rue et n°) :
N° postal – Localité :
Téléphone :
Si <18 ans, coordonnées du répondant légal :
Assurance maladie :
N° de carte d'assurance maladie :
Assurance accident LAA de l'employeur :

Signature ou accord écrit (mail suffit) du patient / de la patiente
 Accord pour demande de consilium du médecin traitant auprès d'un médecin du travail du DSTE

Lieu, le

Signature du / de la patient(e):

Cher(e) Collègue,

Je vous sollicite pour vos conseils dans la prise en charge de mon/ma patient/e – susnommé/e :

Motif(s) du consilium	<input type="checkbox"/> Suspicion de maladie professionnelle <input type="checkbox"/> Conseil pour aptitude <input type="checkbox"/> Orientation professionnelle chez un jeune <input type="checkbox"/> Soutien à l'emploi <input type="checkbox"/> Formulaires (Chômage, AI, LAA) <input type="checkbox"/> Suspicion de maladie environnementale <input type="checkbox"/> Autre :
-----------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Employé(e) :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, nom de l'entreprise / institution / employeur :
Remarque :	S'il existe un médecin du travail affilié à cette entreprise, le patient doit lui être orienté.
Métier (s) exercé (s) :	
Plaintes au travail :	
Pathologie diagnostiquée motivant le consilium	
Antécédents :	<input type="checkbox"/> Rapports d'hospitalisations ou des spécialistes déjà consultés à joindre
Traitement actuel :	
Résultats des examens complémentaires	<input type="checkbox"/> Rapports des examens complémentaires à joindre
Autres questions du médecin	

En restant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire, je vous prie de recevoir, Cher (e) Collègue, mes meilleures salutations.

Date :

Médecin :

L'intégralité de ce document est soumise au secret médical. Si ce document ne vous est pas destiné, merci de nous le retourner.