

FOR

Demande de consultation Consilium en médecine du travail « TRAVAILLEUSE ENCEINTE »

Indications

Si l'auto-questionnaire est rempli intégralement et joint à cette demande, merci de ne renseigner que les parties grisées
Rappel : la loi sur le travail ne s'applique pas à toutes les entreprises, ni à toutes les travailleuses (art. 1 à 4 LTr) : les entreprises et travailleuses suivantes en sont totalement exclues (par conséquent elles ne doivent pas être adressées au DSTE sauf si la patiente insiste pour obtenir des conseils, consultation à charge de la patiente) : indépendantes, transports publics, ménages privés, travailleuses à domicile, par exemple

Coordonnées du/de la médecin référent.e *:

Nom et prénom	Dr·Dre
Adresse : Rue et numéro Code postal et ville	
Adresse @	
*Si orientation par une sage-femme, coordonnées du gynécologue référent Nom et prénom sage-femme	Dr·Dre Mme

Coordonnées de la patiente (ou étiquette patiente) :

Nom	
Prénom	
Date de naissance	
Adresse privée : Rue et numéro Code postal et ville	
N° de tél. privé ou portable	
Adresse @	
.....GP	Âge gestationnel :SA DDR : TP :.....
Assurance-maladie	
Numéro d'assuré	
Fonction ou type d'activité/ Taux d'activité	
Date d'entrée en fonction (poste actuel)	
Contrat	<input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> Auxiliaire
Nom de l'employeur /Service/Département*	
Adresse complète du lieu de travail	
Nom du supérieur hiérarchique	
Plaintes au travail/ expositions professionnelles à risques :	Cf. auto-questionnaire de repérage des expositions professionnelles en PJ Mise en inaptitude (cf. certificat en PJ)

