

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'EXPERTISE EN MEDECINE DU TRAVAIL

|   |  |
|---|--|
| Coordonnées du médecin / demandeur :                        | <b>Unisanté – Dpt Santé au Travail et Environnement (DSTE)</b><br>Consultations et expertises cliniques<br>Route de la Corniche 2<br>1066 Epalinges<br>Tél. 021 314 74 33<br>Courriel : <a href="mailto:dste.secrmed@unisante.ch">dste.secrmed@unisante.ch</a> |
| Coordonnées du patient<br>(Nom, prénom, date de naissance): |  |

Cher (e) Collègue,  
Je vous prie d'évaluer la faisabilité d'une expertise de médecine du travail pour le/la patient-e susnommé-e.

|  |  |
|--|--|
| Motif de la demande  | <input type="checkbox"/> Expertise simple de médecine du travail<br><input type="checkbox"/> Expertise pluri-disciplinaire menée par la médecine du travail<br><input type="checkbox"/> Expertise pluri-disciplinaire avec avis de médecine du travail   |
| Pathologie diagnostiquée motivant l'expertise et brèves explications : |  |
| Métier (s) exercé (s) et expositions identifiées :                     |  |
| Domaine d'activité de l'entreprise concernée :                         |  |
| Tiers impliqués (pex. Assurances) :                                    |  |
| Région concernée :   | <input type="checkbox"/> Suisse-Romande <input type="checkbox"/> Suisse-Allemande <input type="checkbox"/> Autre :   |
| Questions posées à l'expert médecin du travail :                       |  |
| Nombre de pages:   | Du dossier complet : <input type="checkbox"/> < 25 <input type="checkbox"/> 25-50 <input type="checkbox"/> 50-75 <input type="checkbox"/> 75-100 <input type="checkbox"/> >100 : préciser :<br>Dont dossier médical : <input type="checkbox"/> < 25 <input type="checkbox"/> 25-50 <input type="checkbox"/> 50-75 <input type="checkbox"/> 75-100 <input type="checkbox"/> >100 : préciser : |
| Langue souhaitée pour le rapport d'expertise :                         | <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Allemand (NB : en cas de rapport d'expertise en allemand, des frais supplémentaires seront facturés pour la traduction)   |
| Délai souhaité de retour de l'expertise :                              | <input type="checkbox"/> 6 mois <input type="checkbox"/> 9 mois <input type="checkbox"/> 12 mois <input type="checkbox"/> Autre :  |

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

Date : ..... Médecin / demandeur : .....

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