

FAX DE DEMANDE DE CONSULTATION MEDECINE DU TRAVAIL

Coordonnées du médecin - et 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 - et date de naissance :	

Cher (e) Collègue,
Je vous prie de recevoir le/la patient-e susnommé-e.

Motif de la consultation	<input type="checkbox"/> Suspicion de maladie professionnelle <input type="checkbox"/> Conseil pour aptitude <input type="checkbox"/> Orientation professionnelle chez un jeune <input type="checkbox"/> Expertise																				
Type de consultation	<p><i>Les fax de demande de consultation spécialisée en médecine du travail pour :</i> • Oncologie (expertise) • Travail et souffrance • Avis d'aptitude femme enceinte Sont à commander au secrétariat médical du DSTE ou consulter le site www.i-s-t.ch</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Addictologie</td> <td><input type="checkbox"/> Hématologie</td> <td><input type="checkbox"/> ORL</td> <td><input type="checkbox"/> Toxicologie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Allergologie</td> <td><input type="checkbox"/> Hépatogastroentérologie</td> <td><input type="checkbox"/> Pneumologie</td> <td><input type="checkbox"/> Traumatologie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cardiologie</td> <td><input type="checkbox"/> Méd. Interne</td> <td><input type="checkbox"/> Psychiatrie</td> <td><input type="checkbox"/> Uronéphrologie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dermatologie</td> <td><input type="checkbox"/> Neurologie</td> <td><input type="checkbox"/> Reproduction</td> <td><input type="checkbox"/> Autres</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Endocrinologie</td> <td><input type="checkbox"/> Ophtalmologie</td> <td><input type="checkbox"/> Rhumatologie</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Addictologie	<input type="checkbox"/> Hématologie	<input type="checkbox"/> ORL	<input type="checkbox"/> Toxicologie	<input type="checkbox"/> Allergologie	<input type="checkbox"/> Hépatogastroentérologie	<input type="checkbox"/> Pneumologie	<input type="checkbox"/> Traumatologie	<input type="checkbox"/> Cardiologie	<input type="checkbox"/> Méd. Interne	<input type="checkbox"/> Psychiatrie	<input type="checkbox"/> Uronéphrologie	<input type="checkbox"/> Dermatologie	<input type="checkbox"/> Neurologie	<input type="checkbox"/> Reproduction	<input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> Endocrinologie	<input type="checkbox"/> Ophtalmologie	<input type="checkbox"/> Rhumatologie	
<input type="checkbox"/> Addictologie	<input type="checkbox"/> Hématologie	<input type="checkbox"/> ORL	<input type="checkbox"/> Toxicologie																		
<input type="checkbox"/> Allergologie	<input type="checkbox"/> Hépatogastroentérologie	<input type="checkbox"/> Pneumologie	<input type="checkbox"/> Traumatologie																		
<input type="checkbox"/> Cardiologie	<input type="checkbox"/> Méd. Interne	<input type="checkbox"/> Psychiatrie	<input type="checkbox"/> Uronéphrologie																		
<input type="checkbox"/> Dermatologie	<input type="checkbox"/> Neurologie	<input type="checkbox"/> Reproduction	<input type="checkbox"/> Autres																		
<input type="checkbox"/> Endocrinologie	<input type="checkbox"/> Ophtalmologie	<input type="checkbox"/> Rhumatologie																			
Métier (s) exercé (s) :																					
Plaintes au travail :																					
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.																				

Pathologie diagnostiquée motivant la consultation et brèves explications :	
Antécédents :	<input type="checkbox"/> Rapports d'hospitalisations ou des spécialistes déjà consultés à faxer également +++
Traitement actuel :	
Résultats des examens complémentaires	<input type="checkbox"/> Rapports des examens complémentaires à faxer également +++
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 :

Merci de nous communiquer votre adresse e-mail

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