

Demande de Consultation / Hospitalisation / Avis / RCP de Dermatologie

A adresser soit :

> Par fax au 05 59 72 67 21

> Par e-mail aux adresses : oncologie@ch-pau.fr et/ou dermatologie@ch-pau.fr

> Par messagerie sécurisée (réservée aux médecins) : dermatologie@ch-pau.mssante.fr et/ou oncologie@ch-pau.mssante.fr

// Médecin

Dr. _____

Ville : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Date : _____

// Patient

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Sexe : F H

Téléphone : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Type de demande

➤ **Avis** : par téléphone ou e-mail

➤ Consultation RCP sur dossier

Antécédents principaux : _____

Traitements habituels : _____

Brève description du problème (à défaut joindre un courrier détaillé) : _____

**Merci de joindre tout document important pour la prise en charge du patient :
histologie, biologie, radiologie, lettres...**

