

Fiche d'adressage patient à la consultation HDJ PLAIES ET CICATRISATION

Clinique du Sport et de la Chirurgie Orthopédique de Marcq-en-Baroeul

(Seules les demandes adressées par un professionnel de santé seront traitées, le/la patient(e) devra se munir des examens réalisés)

DATE DE LA DEMANDE :

DATE DE RECEPTION DE LA DEMANDE :

Réponse le :

RENSEIGNEMENTS PATIENT(E) :

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

DDN :

Adresse complète :

Tél :

Mail :

N° SS + CPAM :

Mutuelle : O / N si oui nom mutuelle :

Médecin traitant + ville :

Médecin(s) coordinateur(s) :

Personne référente du patient(e) : Nom :

Prénom :

Tél :

Mail :

Lien avec le/la patient(e) :

Personne à contacter pour la prise de RDV (Nom / Prénom / Téléphone) :

MOTIF DE LA DEMANDE DE CONSULTATION :

EXAMENS DEJA REALISES : (merci de venir muni de tous les examens réalisés)

INTERVENANTS SOUHAITES POUR LA CONSULTATION (autre que le médecin référent HDJ) :

- ☐ Diététicienne
- ☐ Kinésithérapeute
- ☐ Ergothérapeute
- ☐ Algologue / IDE Ressource douleur
- ☐ Gériatre
- ☐ Radio
- ☐ Psychologue