

FOR **Demande de consultation au DSTE** **Activer ses ressources (AsR)**

Indications

Présence des critères suivants :

- Contexte de mal-être au travail avec ou sans incapacité de travail (dégradation du vécu professionnel, stress, burnout, conflit ou violence au travail mais sans recours juridique ni rupture de confiance entre le collaborateur et son employeur).
- Souhait d'avoir un avis spécialisé en médecine du travail pour analyser et comprendre la situation professionnelle afin de mieux élaborer des pistes de solution (médicales, professionnelles ou sociales) pour soutenir le patient et son réseau médico-social.

Coordonnées du·de la médecin référent·e :

Nom et prénom	Dr·Dre
Adresse : Rue et numéro Code postal et ville	
Adresse @	

Coordonnées du·de la patient·e :

Nom	
Prénom	
Date de naissance	
Adresse privée : Rue et numéro Code postal et ville	
N° de tél. privé ou portable	
Adresse @	
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 du lieu de travail : Rue et numéro Code postal et ville	
Nom du supérieur hiérarchique	

**S'il existe un médecin du travail affilié à cette entreprise, le·la patient·e doit lui être orienté·e*

Demande du médecin :
