**FAX DE DEMANDE DE CONSULTATION CONSILIUM GENERALE EN MEDECINE DU TRAVAIL**

|  |  |
| --- | --- |
| Coordonnées du médecin - et adresse e-mail :  **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](mailto:dste.secrmed@unisante.ch) |
| Coordonnées du patient - et date de naissance :  **Tél fixe et tél. portable :** |  |

Cher (e) Collègue,

Je vous prie de recevoir le/la patient-e susnommé-e.

|  |  |
| --- | --- |
| Motif de la consultation | **□** Suspicion de maladie professionnelle  **□** Conseil pour aptitude  **□** Orientation professionnelle chez un jeune |
| Type de consultation | *Les fax de demande de consultation spécialisée en médecine du travail pour :*  ***•*** *Travail et cancers* ***•*** *Travail et souffrance* ***•*** *Travailleuse enceinte* ***•*** *Expertise en médecine du travail sont à commander au secrétariat médical du DSTE ou consulter le site [www.unisante.ch/fr](http://www.unisante.ch/fr)*   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **□** Addictologie | **□** Hématolgie | **□** ORL | **□** Toxicologie | | **□** Allergologie | **□** Hépatogastroentérologie | **□** Pneumologie | **□** Traumatologie | | **□** Cardiologie | **□** Méd. Interne | **□** Psychiatrie | **□** Uronéphrologie | | **□** Dermatologie | **□** Neurologie | **□** Reproduction | **□** Autres | | **□** Endocrinologie | **□** Ophtalmologie | **□** Rhumatologie |  | |
| **Métier (s) exercé (s) :** |  |
| **Plaintes au travail :** |  |
| **Statut :**  **Remarque :** | **□** **Employé(e) : Nom de l’entreprise/institution/employeur  :**  **□** **Indépendant**  **□** **Chômeur**  **□ Autre :**  **S’il existe un médecin du travail affilié à cette entreprise, le patient doit lui être orienté.** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Pathologie diagnostiquée motivant le consilium et brèves explications :** |  |
| Antécédents : | **□ Rapports d’hospitalisations ou des spécialistes déjà consultés à faxer également +++**  **□** Non fumeur  **□** Fumeur / ….….. UPA  **□** Ex-fumeur / ……… UPA  **□** Alcool  **□** Autre : |
| Traitement actuel : |  |
| Résultats des examens complémentaires | **□ 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.