**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 21066 EpalingesTél. 021 314 74 33Fax 021 314 74 30Courriel : 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.