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

**en l’absence du patient**

Les champs notés en jaune doivent être complétés pour que le formulaire soit transféré aux médecins du DSTE, qui répondront par écrit aux questions posées par les médecins spécialistes et/ou généralistes. Une facturation au tarif Tarmed « consilium » sera adressée au patient concerné.

|  |  |
| --- | --- |
| Coordonnées du médecin - et adresse 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** - Champs obligatoires notés en jaune | |
| Nom : | |
| Prénom : | |
| 🞎 Homme / 🞎 Femme | |
| Date de Naissance : | |
| Nationalité : | |
| Si Suisse, lieu d’origine : | |
| État civil : | |
| E-mail : | |
| Adresse (rue et n°) : | |
| N° postal – Localité : | |
| Téléphone : | |
| Si <18 ans, coordonnées du répondant légal : | |
| Assurance maladie : | |
| N° de carte d’assurance maladie : | |
| Assurance accident LAA de l’employeur : | |

Signature du patient / de la patiente

Accord pour demande de consilium du médecin traitant auprès d’un médecin du travail du DSTE

Lieu, le Signature :

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Cher (e) Collègue,

Je vous sollicite pour vos conseils dans la prise en charge de mon/ma patient/e – susnommé/e :

|  |  |
| --- | --- |
| Motif(s) du consilium | **□** Suspicion de maladie professionnelle  **□** Conseil pour aptitude  **□** Orientation professionnelle chez un jeune  **□** Soutien à l’emploi  **□** Formulaires (Chômage, AI, LAA)  **□** Suspicion de maladie environnementale  **□** Autre : ……………………………………………………………………………………………….. |

|  |  |
| --- | --- |
| Employé(e) :  **Remarque :** | **□** **Oui □** **Non Si oui, nom de l’entreprise / institution / employeur :**  **S’il existe un médecin du travail affilié à cette entreprise, le patient doit lui être orienté.** |
| Métier (s) exercé (s) : |  |
| Plaintes au travail : |  |
| Pathologie diagnostiquée motivant le consilium |  |
| Antécédents : | **□ Rapports d’hospitalisations ou des spécialistes déjà consultés à faxer également +++** |
| 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.