**FAX DE DEMANDE DE CONSULTATION MEDECINE DU TRAVAIL**

|  |  |
| --- | --- |
| Coordonnées du médecin - et adresse 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 : |  |

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**□** Expertise |
| Type de consultation | *Les fax de demande de consultation spécialisée en médecine du travail pour :* ***•*** *Oncologie (expertise)* ***•*** *Travail et souffrance* ***•*** *Avis d’aptitude femme enceinte* *Sont à commander au secrétariat médical du DSTE ou consulter le site* [*www.i-s-t.ch*](http://www.i-s-t.ch)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **□** 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 : |  |
| 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.** |

|  |  |
| --- | --- |
| Pathologie diagnostiquée motivant la consultation et brèves explications : |  |
| 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.