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

**« TRAVAIL ET SOUFFRANCE »**

|  |  |
| --- | --- |
| Coordonnées du médecin référent - 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 : |  |

Chère Collègue,

Je vous prie de recevoir le/la patient-e susnommé-e dans le cadre de la consultation *Travail et souffrance.*

**Remarque : S’il existe un médecin du travail affilié à cette entreprise, le patient doit lui être orienté.**

|  |  |
| --- | --- |
| Métier(s) exercé(s) : |  |
| Difficultés professionnelles entrevues : |  |
| Etat de santé actuel : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Antécédents : |  |
| Traitement actuel : |  |
| Situation assécurologique : |  |
| Demande spécifique : |  |

En restant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire, je vous prie de recevoir, chère 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.