

**FAX DE DEMANDE DE CONSULTATION CONSILIUM EN MEDECINE DU TRAVAIL
« TRAVAIL ET SOUFFRANCE »**

<p>Coordonnées du médecin référent - et adresse e-mail :</p> <p>E-mail :</p> <p>Coordonnées complètes : nom, prénom, adresse, tél, mail, date de naissance, assurance et n° d'assuré du patient :</p>	<p>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</p>
--	---

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 asséculoologique :	
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.