**FORMULAIRE DE DEMANDE D’EXPERTISE EN MEDECINE DU TRAVAIL**

|  |  |
| --- | --- |
| Coordonnées du médecin / demandeur : | **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  (Nom, prénom, date de naissance): |  |

Cher (e) Collègue,

Je vous prie d’évaluer la faisabilité d’une expertise de médecine du travail pour le/la patient-e susnommé-e.

|  |  |
| --- | --- |
| Motif de la demande | **□** Expertise simple de médecine du travail  **□** Expertise pluri-disciplinaire menée par la médecine du travail  **□** Expertise pluri-disciplinaire avec avis de médecine du travail |
| Pathologie diagnostiquée motivant l’expertise et brèves explications : |  |
| Métier (s) exercé (s) et expositions identifiées : |  |
| Domaine d’activité de l’entreprise concernée : |  |
| Région concernée : | **□** Suisse-Romande **□** Suisse-Allemande **□** Autre : |
| Questions posées à l’expert médecin du travail : |  |
| Nombre de pages: | Du dossier complet : **□** < 25 **□** 25-50 **□** 50-75 **□** 75-100 **□** >100 : préciser :  Dont dossier médical : **□** < 25 **□** 25-50 **□** 50-75 **□** 75-100 **□** >100 : préciser : |
| Langue souhaitée pour le rapport d’expertise : | **□** Français **□** Allemand (NB : en cas de rapport d’expertise en allemand, des frais supplémentaires seront facturés pour la traduction) |
| Délai souhaité de retour de l’expertise : | **□** 6 mois **□** 9 mois **□** 12 mois **□** Autre : |

En restant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire, je vous prie de recevoir, Cher (e) Collègue, mes meilleures salutations.

Date :………………………………………….. Médecin / demandeur  : …….………………………………..

L’intégralité de ce document est soumise au secret médical.

Si ce fax ne vous est pas destiné, merci de nous le retourner.