**FAX DE DEMANDE DE CONSULTATION SPECIALISEE OProMa**

**Si auto-questionnaire rempli intégralement en PJ du fax, merci de ne renseigner que les parties grisées**

|  |  |
| --- | --- |
| Coordonnées de la patiente – et date de naissance (étiquette) : | **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) |

Chère collègue,

Je vous prie de recevoir la patiente susnommée pour une évaluation de son aptitude au travail et des risques conformément aux dispositions légales (OProMa). Il s’agit d’une patiente :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ….. | G | ….. | P | de | ….. | ans. | DDR : | …/……/…… | TP : | …/……/…… | Age gestationnel : | ……SA |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rappel :** la loi sur le travail ne s’applique pas à toutes les entreprises, ni à toutes les travailleuses (art. 1 à 4 LTr) :  **Les entreprises et travailleuses suivantes en sont totalement exclues (par conséquent elles ne doivent pas être adressées au DSTE sauf si la patiente insiste pour obtenir des conseils, consultation à charge de la patiente) :**  **- indépendantes, - transports publics, - exploitations agricoles, - ménages privés, - travailleuses à domicile, par exemple** | | |
| Métier(s) actuels exercé(s) :  Statut :  **Remarque :** | **□** employée **□** indépendante **□** chômeuse  Si employée, **Nom de l’entreprise / employeur (si non rempli dans auto-questionnaire):**  **S’il existe un médecin du travail affilié à cette entreprise, la patiente doit lui être orientée pour qu’il lui fournisse l’analyse de risques.** | |
| Plaintes au travail/  **expositions professionnelles à risque :** | **🞎 Cf. auto-questionnaire de repérage des expositions professionnelles en PJ**  **🞎 Mise en inaptitude (cf. certificat en PJ)** | |
| Statut actuelle de la grossesse : | **□** **physiologique □ pathologique** | |
| Etat de santé actuel : | Actuellement en **arrêt de travail :** **□ Oui □ Non Taux : %**  **Motif :** | |
| Antécédents/Traitement actuel : | Antécédents : | Traitement actuel : |
| **Information donnée à la patiente par vos soins :** | **□ Oui □ Non Demander à la patiente de :**  **- se renseigner auprès de son employeur sur l’existence ou non d’une analyse de risques à son poste de travail ;**  **- rapporter cette analyse de risques lors de la consultation OProMa.** | |

je vous prie de recevoir, chère collègue, mes meilleures salutations.

Date :…………………………………………..

Médecin/Sage-femme : …….………………………………..

Vos coordonnées (tampon) :

Si orientation par une sage-femme, coordonnées du gynécologue référent :

…….………………………………..…….………………………………..

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.