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

**« TRAVAIL ET CANCERS »**

|  |  |
| --- | --- |
| Coordonnées du médecin (tampon) :**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 patient-e (étiquette) :**Tél fixe et tél. portable :** | **Nom et n° assurance LAMAL :**(en cas de demande de consilium approfondi) |

Cher (e) Collègue,

Je vous prie de recevoir le/la patient-e susnommé-e pour une consultation avec un médecin du travail.

|  |  |
| --- | --- |
| Motif de la consultation | **□** Suspicion de maladie professionnelle **(□ joindre impérativement à la demande l’auto questionnaire de repérage renseigné par le patient selon la localisation de son cancer)****□** Conseil pour aptitude au poste de travail (uniquement si absence de médecin du travail au sein de l’entreprise du patient) |
| Diagnostic oncologique (localisation, anapath.) |  |
| Etiologies suspectées | **□** Non fumeur**□** Fumeur / ….….. UPA**□** Ex-fumeur / ……… UPA**□** Alcool**□** Autre : |
| **□ Résumé du dossier médical** **□ Rapports d’hospitalisations ou des spécialistes déjà consultés à faxer +++ 021 314 74 30** Y compris examens complémentairesTraitement oncologique en cours : **□ Non / □ Oui : □ 1ère ligne □ 2ème ligne □ Palliatif**  |
| **Profession(s) exercée(s)** au moment où le patient a répondu « oui » au questionnaire : |
| **Statut** au moment où le patient a répondu « oui » au questionnaire : salarié indépendant |
| **Patient retraité** | **□ Oui □ Non (Si non, merci de compléter ci-dessous)** |
| Métier(s) exercé(s) actuellement : |  | % habituel : | Arrêt de travail : **□** **Non □** **Oui, à ……….. %** |
| Plaintes au travail  |  |
| Statut | **□** **Employé(e) : Nom de l’entreprise :** **□** **Indépendant □** **Chômeur □ Autre :** |

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 renvoyer.