**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 2  1066 Epalinges  Tél. 021 314 74 33  Fax 021 314 74 30  Courriel : [dste.secrmed@unisante.ch](mailto: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 complémentaires  Traitement 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.