|  |
| --- |
| **DEMANDE MEDICALE D’AVIS OU DE PRISE EN CHARGE PAR LE CENTRE DE REFERENCE**  **DES MALADIES RARES DE LA PEAU** |
|  |

****

**Date de la demande :** …………/…………/20……..

|  |  |
| --- | --- |
| Patient : | |
| **NOM / Prénom :**  Sexe : 🞎 M / 🞎 F  Date de Naissance : | Tel : Mail : Adresse : |

|  |  |
| --- | --- |
| Médecin adressant le patient : | |
| NOM / Prénom : | Tel : Fax : Mail :  Ville : |

**Diagnostic établi de maladie rare :** 🞎 Oui 🞎 Non

Si oui, cocher une des cases : 🞎 Génodermatose

🞎 Anomalie génétique de la photoprotection

🞎 Trouble de la pigmentation

🞎 Trouble/anomalie/malformation vasculaire

🞎 Autre, précisez: ......................................................

**Position succincte du problème: 3 lignes max** ............................................................................................................................................................................. ..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Type de demande :** 🞎 Consultation 🞎 Hospitalisation

Veuillez joindre à ce formulaire, **une lettre et les résultats** des examens (en particulier biopsie ou analyse génétique si déjà réalisée), à envoyer par fax au : 5.56.79.59.87

**Mode de réponse souhaitée :** 🞎 Fax 🞎 Tel 🞎 Mail

|  |
| --- |
| **REPONSE :** Votre patient ………………………………………………………..………………………………………… a rendez-vous en :  ❒ Consultation avec le Dr/Pr …………………………………………………………………….  ❒ Hospitalisation ❒ Hospitalisation de jour  ❒ Hospitalisation traditionnelle  le …………/…………/20…….. à ………h.………  ❒ Hôpital Saint André ❒ Hôpital Pellegrin-Enfant |