|  |
| --- |
| **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 / 🞎 FDate 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 traditionnellele …………/…………/20…….. à ………h.………❒ Hôpital Saint André ❒ Hôpital Pellegrin-Enfant |