



DEMANDE DE CONSULTATION RHUMATOLOGIQUE

*Chère consœur, cher confrère,
Madame, Monsieur,*

Etant donné le nombre important de demandes de consultation au sein de notre service, nous ne pouvons toutes les satisfaire. Dans ce contexte, votre demande sera évaluée par un médecin.

A l'issu de cette évaluation :

- Soit un RDV vous sera proposé, notamment si votre dossier relève d'une prise en charge C.H.U.
- Soit votre demande sera réorientée vers la rhumatologie libérale proche de votre domicile.

MERCI DE JOINDRE IMPERATIVEMENT A CETTE DEMANDE UN COURRIER MEDICAL LISIBLE, SANS QUOI ELLE NE SERA PAS TRAITEE.

Date de la demande :

Identité du patient :

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Ville et code postal de naissance :

Téléphone :

Adresse :

E-Mail :

Patient déjà connu de notre service ? OUI ☐ NON ☐

Date approximative de la dernière venue :

Merci de préciser, si vous le souhaitez, le médecin avec lequel la consultation est demandée
(toutefois, en fonction de la situation clinique, nous privilégierons peut-être un médecin précis) :

Motif de la demande :

Identité du médecin demandeur :

Madame, Monsieur,

Pour toute demande de rendez-vous, nous vous demandons de compléter le **formulaire** et de nous fournir une **lettre détaillée de votre médecin traitant concernant votre situation actuelle**.

L'ensemble est à nous retourner :

- soit par *fax* au 05 57 82 12 37

- soit par retour de courrier à l'adresse :

Service de Rhumatologie 12^{ème} étage

Hôpital Pellegrin (TRIPODE),

Place Amélie Raba-Léon

33076 Bordeaux

- soit par courriel à l'adresse : sec-rhumato@chu-bordeaux.fr

A réception, votre demande sera étudiée par les médecins de notre service et **nous vous recontacterons** dans les meilleurs délais.

Bien cordialement,

L'équipe de Rhumatologie