



**DEMANDE MEDICALE D'AVIS OU DE PRISE EN CHARGE PAR LE CENTRE DE REFERENCE DE MALADIES RARES DE LA PEAU**

**DEMANDE A FAXER AU 05.56.79.59.87**

1. **Date :** ...../...../20.....

**2. Malade**

NOM / Prénom :

Sexe :  M /  F

Age :

Adresse :

**3. Coordonnées du médecin**

NOM / Prénom :

Tel :

Fax :

Ville :

Mail :

4. **Mode de réponse souhaitée :**  Fax  Tel  Mail

5. **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 : .....

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

.....  
.....  
.....

8. **Type de demande**  Consultation  Hospitalisation

SVP adresser le patient avec **une lettre et les résultats** des examens (en particulier biopsie ou analyse génétique si déjà réalisée)

**REPONSE :** Monsieur/Madame ..... a rendez-vous en :

Consultation avec le Dr .....

Hospitalisation (  Hospitalisation de jour  
 Hospitalisation traditionnelle

le ...../...../20..... à .....h.....

Hôpital Saint André

Hôpital Pellegrin-Enfant



**Service de Dermatologie du Pr Alain TAÏEB**

Hôpital Saint André - Adultes  
1, rue Jean Burguet - 33075 Bordeaux

Groupe hospitalier Pellegrin – hôpital des Enfants  
Place Amélie Raba Léon - 33076 Bordeaux