

DEMANDE DE TELEEXPERTISE en IMMUNO HEMATO ONCO PEDIATRIQUE

FORMULAIRE DEMANDEUR

Informations patient

NOM Prénom*:

Né(e) le*:

Lieu de naissance* :

Sexe* :

Numéro sécurité sociale*:

Régime assurance maladie* :

Qualité du bénéficiaire* :

NIR bénéficiaire (si différent assuré) :

Téléphone patient :

E-mail patient :

Provenance patient : Domicile ou structure

Adresse postale :

Consentement à l'acte de télémédecine : Oui Non

Commentaire :

Les champs marqués d'une * sont nécessaires pour la facturation

Professionnel de santé adresseur

Le requérant est le médecin adresseur : Oui Non

Prénom Nom :

RPPS :

Etablissement :

Demande

Patient connu du service de pédiatrie ? Oui Non

Motif de la demande :

- Avis immunitaire
- Hématologie bénigne
- Hématologie maligne
- Oncologie solide

Détail de la demande :**Antécédents familiaux notables :**

- Maladie auto-immune ou inflammatoire
- Maladie génétique
- Malformation digestive
- Maladie neurodéveloppementale
- Allergie
- Troubles de coagulation
- Autre

Antécédents personnels / Allergies :**Antécédents chirurgicaux :****Antécédents médicaux**

Hospitalisation pour infection grave :

Nombre d'otite ou d'infection pulmonaire (seuils à rajouter) ;

Date des derniers vaccins :

Croissance :

Poids (kg) :

Taille (cm) :

IMC :

Joindre une photo de la courbe de croissance

Examens complémentaires : Merci de joindre les comptes rendus :

- Bilan biologique sanguin (NFS, bilan immunitaire)
- Bilan radiologique

Commentaires :

Pièce(s) jointe(s) au formulaire : Oui Non

Si la demande est complète, valider et signer :