

DEMANDE DE TELEEXPERTISE en PNEUMOPEDIATRIE

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 :

- Asthme avéré
- Toux chronique
- Pneumopathies récidivantes
- Corps étranger
- Dyspraxie sur troubles de la déglutition
- Malformation congénitale

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

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

Antécédents personnels / Allergies :

Antécédents chirurgicaux et médicaux

Traitements chroniques :

- Inhalé / Nébulisé
- Antibiothérapie
- Kinésithérapie

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
- Bilan radio
- Endoscopie
- EFR (≥ 6 ans)
- Bilan allergo

Commentaires :

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

Si la demande est complète, valider et signer :