

DEMANDE DE TELEEXPERTISE en ENDOCRINOLOGIE 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 :

- Retard de croissance ou ralentissement de la vitesse de croissance STATURALE
- Avance staturale
- Avance pubertaire
- Retard pubertaire
- Variation de développement génital
- Pathologies gynécologiques de l'enfant et adolescent.e
- Hypoglycémies
- Problèmes thyroïdiens
- Adaptation hormonothérapie substitutive
- Autre

Détail de la demande :**Histoire de la maladie (histoire clinique, plaintes fonctionnelles, ...) :****Antécédents familiaux notables :**

Taille père : Taille mère :

Ménarche mère :

Maladie génétique :

Autre

Antécédents personnels / Allergie :

Age gestationnel (en semaine) : Poids naissance (en kg) : Taille naissance (en cm) :

Antécédents chirurgicaux :**Antécédents médicaux (dont maladies neurodéveloppementales) :****Traitements chroniques :**

Croissance :

Poids (kg) :

Taille (cm) :

IMC :

Périmètre crânien (en cm) :

Stade pubertaire S (de 1 à 5) :

Stade pubertaire P (de 1 à 5) :

Réglée : Oui Non

Joindre une photo de la courbe de croissance

Examens complémentaires : Merci de joindre les comptes rendus :

- Bilan biologique sanguin
- Bilan urinaire
- Bilan radiologique

Commentaires :

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

Si la demande est complète, valider et signer :