

DEMANDE DE TELEEXPERTISE en GASTROENTEROLOGIE HEPATOLOGIE et NUTRITION 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 :

- Nutrition pédiatrique
- Gastroentérologie pédiatrique
- Hépatologie pédiatrique
- Trouble de l'oralité
- Allergologie alimentaire
- Endoscopie
- PH métrie / impédancemétrie
- Breath test
- Manométrie

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

- Maladie auto-immune ou inflammatoire
- Maladie génétique
- Polypose
- Malformation digestive
- Maladie neurodéveloppementale
- Maladie hépatique
- Allergie
- Trouble de coagulation
- Autres

Antécédents personnels / Allergies :

Antécédents chirurgicaux et médicaux

Traitement chronique : Nutrition entérale Nutrition parentérale

Type de diète :

Apport calorique :

Autre :

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 biologique urinaire
- Bilan biologique des selles
- Prick test et patch test
- Bilan radiologique
- Endoscopie

Commentaires et/ou autres examens :**Pièce(s) jointe(s) au formulaire :** Oui Non**Si la demande est complète, valider et signer :**