

## DEMANDE DE TELEEXPERTISE EN ENDOCRINOLOGIE

### 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 :**

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

#### Professionnel de santé adresseur

Êtes-vous le professionnel de santé adresseur :  Oui  Non

**Nom du médecin :**

**RPPS :**

#### Demande

**Motif de la demande :**

**Principaux antécédents :**

**Histoire de la maladie (pathologie en cours, évènements de vie) :**

**Tension artérielle :**

**Poids : kg**

**Taille :**

**Traitements en cours et changements récents :**

**Commentaires :**

**Pièce(s) jointe(s) au formulaire :**

Oui  Non

Si la demande est complète, valider et signer :

Valider et signer