

DEMANDE DE CONSULTATION RHUMATOLOGIQUE

Chère Madame, Cher Monsieur,

Devant le nombre croissant de demandes de consultations dans notre service nous sommes obligés d'évaluer le motif de consultation afin de hiérarchiser les demandes.

Identité du patient :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Téléphone :

Adresse :

E-Mail :

Patient déjà connu de notre service ? OUI NON

Merci de cocher le médecin avec lequel vous souhaitez la consultation ou qui suit déjà le patient :

Pr T.SCHAEVERBEKE Pr C. RICHEZ Pr M-E. TRUCHETET

Dr N. MEHSEN-CETRE Dr N.POURSAC Dr M. CADENNE

Dr M. KOSTINE Dr C. JEANNOU Dr GEFARD-GONTIER

Dr C. BIE Dr I. ODRIOZOLA Dr L. SCOUPPE

Dr BADOURALY Dr LUCHETTI

Motif de la demande (merci de joindre un courrier médical)

Articulation gonflée Poussée d'un rhumatisme inflammatoire

Lupus Sclérodermie

Myosite Syndrome inflammatoire biologique

Ostéoporose Canal carpien, maladie de Dupuytren

Pathologie nécessitant une prise en charge hospitalière exclusive

Echographie ostéo-articulaire ou infiltration sous échographie

Autre :

Identité du médecin demandeur :

Nom :

Prénom :

Madame, Monsieur,

Pour toute demande de rendez-vous, nous vous demandons de compléter **le formulaire et de nous fournir une lettre détaillée de votre médecin traitant concernant votre situation actuelle.**

L'ensemble est à nous retourner :

- soit par *fax* au 05 57 82 12 37

- soit par retour de courrier à l'adresse : *Hôpital Pellegrin (TRIPODE), service de Rhumatologie, Place Amélie Raba-Léon à Bordeaux (33 076)*

- soit par courriel à l'adresse :

✚ sec-rhumato@chu-bordeaux.fr pour toute demande ou modification de RDV

✚ rhumatologie@chu-bordeaux.fr pour les problèmes médicaux

A réception, nous vous recontacterons pour vous proposer un rendez-vous de consultation.

Bien cordialement,

L'équipe de Rhumatologie