

## 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](mailto:sec-rhumato@chu-bordeaux.fr) pour toute demande ou modification de RDV

✚ [rhumatologie@chu-bordeaux.fr](mailto: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