

## FAX DE DEMANDE DE CONSULTATION CONSILIUM GENERALE EN MEDECINE DU TRAVAIL

Coordonnées du médecin - et adresse e-mail :  <b>E-mail :</b>  Coordonnées complètes : nom, prénom, adresse, tél, mail, date de naissance, assurance et n° d'assuré du patient :	<b>Unisanté – Département santé, travail et environnement (DSTE)</b> Unité consilium en médecine du travail Route de la Corniche 2 1066 Epalinges Tél. 021 314 74 33 Fax 021 314 74 30 Courriel : <a href="mailto:dste.secrmed@unisante.ch">dste.secrmed@unisante.ch</a>
--	--

Cher (e) Collègue,  
Je vous prie de recevoir le/la patient-e susnommé-e.

Motif de la consultation	<input type="checkbox"/> Suspicion de maladie professionnelle <input type="checkbox"/> Conseil pour aptitude <input type="checkbox"/> Orientation professionnelle chez un jeune																				
Type de consultation	<i>Les fax de demande de consultation spécialisée en médecine du travail pour :</i> <i>• Travail et cancers • Travail et souffrance • Travailleuse enceinte • Expertise en médecine du travail sont à commander au secrétariat médical du DSTE ou consulter le site</i> <a href="http://www.unisante.ch/fr">www.unisante.ch/fr</a>																				
Métier (s) exercé (s) :	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Addictologie</td> <td><input type="checkbox"/> Hématologie</td> <td><input type="checkbox"/> ORL</td> <td><input type="checkbox"/> Toxicologie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Allergologie</td> <td><input type="checkbox"/> Hépatogastroentérologie</td> <td><input type="checkbox"/> Pneumologie</td> <td><input type="checkbox"/> Traumatologie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cardiologie</td> <td><input type="checkbox"/> Méd. Interne</td> <td><input type="checkbox"/> Psychiatrie</td> <td><input type="checkbox"/> Uronéphrologie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dermatologie</td> <td><input type="checkbox"/> Neurologie</td> <td><input type="checkbox"/> Reproduction</td> <td><input type="checkbox"/> Autres</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Endocrinologie</td> <td><input type="checkbox"/> Ophtalmologie</td> <td><input type="checkbox"/> Rhumatologie</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Addictologie	<input type="checkbox"/> Hématologie	<input type="checkbox"/> ORL	<input type="checkbox"/> Toxicologie	<input type="checkbox"/> Allergologie	<input type="checkbox"/> Hépatogastroentérologie	<input type="checkbox"/> Pneumologie	<input type="checkbox"/> Traumatologie	<input type="checkbox"/> Cardiologie	<input type="checkbox"/> Méd. Interne	<input type="checkbox"/> Psychiatrie	<input type="checkbox"/> Uronéphrologie	<input type="checkbox"/> Dermatologie	<input type="checkbox"/> Neurologie	<input type="checkbox"/> Reproduction	<input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> Endocrinologie	<input type="checkbox"/> Ophtalmologie	<input type="checkbox"/> Rhumatologie	
<input type="checkbox"/> Addictologie	<input type="checkbox"/> Hématologie	<input type="checkbox"/> ORL	<input type="checkbox"/> Toxicologie																		
<input type="checkbox"/> Allergologie	<input type="checkbox"/> Hépatogastroentérologie	<input type="checkbox"/> Pneumologie	<input type="checkbox"/> Traumatologie																		
<input type="checkbox"/> Cardiologie	<input type="checkbox"/> Méd. Interne	<input type="checkbox"/> Psychiatrie	<input type="checkbox"/> Uronéphrologie																		
<input type="checkbox"/> Dermatologie	<input type="checkbox"/> Neurologie	<input type="checkbox"/> Reproduction	<input type="checkbox"/> Autres																		
<input type="checkbox"/> Endocrinologie	<input type="checkbox"/> Ophtalmologie	<input type="checkbox"/> Rhumatologie																			
Plaintes au travail :																					
Statut :	<input type="checkbox"/> Employé(e) : Nom de l'entreprise/institution/employeur : <input type="checkbox"/> Indépendant <input type="checkbox"/> Chômeur <input type="checkbox"/> Autre :																				
Remarque :	<b>S'il existe un médecin du travail affilié à cette entreprise, le patient doit lui être orienté.</b>																				

<p><b>Pathologie diagnostiquée motivant le consilium et brèves explications :</b></p>	
<p>Antécédents :</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>Rapports d'hospitalisations ou des spécialistes déjà consultés à faxer également +++</b></p> <p><input type="checkbox"/> Non fumeur  <input type="checkbox"/> Fumeur / ..... UPA  <input type="checkbox"/> Ex-fumeur / ..... UPA  <input type="checkbox"/> Alcool  <input type="checkbox"/> Autre :</p>
<p>Traitement actuel :</p>	
<p>Résultats des examens complémentaires</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>Rapports des examens complémentaires à faxer également +++</b></p>
<p>Autres questions du médecin</p>	

En restant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire, je vous prie de recevoir, Cher (e) Collègue, mes meilleures salutations.

Date : .....

Médecin : .....

**Merci de nous communiquer votre adresse e-mail**

L'intégralité de ce document est soumise au secret médical.  
Si ce fax ne vous est pas destiné, merci de nous le retourner.