

**FAX DE DEMANDE DE CONSILIUM EN MEDECINE DU TRAVAIL  
« TRAVAIL ET CANCERS »**

Coordonnées du médecin (tampon) :	<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>
<b>E-mail :</b>	

Coordonnées complètes : nom, prénom, adresse, tél, mail, date de naissance, assurance et n° d'assuré du patient :

Cher (e) Collègue,  
Je vous prie de recevoir le/la patient-e susnommé-e pour une consultation avec un médecin du travail.

Motif de la consultation	<input type="checkbox"/> Suspicion de maladie professionnelle <input type="checkbox"/> <b>joindre impérativement à la demande l'auto questionnaire de repérage renseigné par le patient selon la localisation de son cancer</b> <input type="checkbox"/> Conseil pour aptitude au poste de travail (uniquement si absence de médecin du travail au sein de l'entreprise du patient)
Diagnostic oncologique (localisation, anapath.)	
Etiologies suspectées	<input type="checkbox"/> Non fumeur <input type="checkbox"/> Fumeur / ..... UPA <input type="checkbox"/> Ex-fumeur / ..... UPA <input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> <b>Résumé du dossier médical</b> <input type="checkbox"/> <b>Rapports d'hospitalisations ou des spécialistes déjà consultés à faxer +++ 021 314 74 30</b> Y compris examens complémentaires	
Traitement oncologique en cours : <input type="checkbox"/> <b>Non</b> / <input type="checkbox"/> <b>Oui</b> : <input type="checkbox"/> <b>1<sup>ère</sup> ligne</b> <input type="checkbox"/> <b>2<sup>ème</sup> ligne</b> <input type="checkbox"/> <b>Palliatif</b>	
<b>Profession(s) exercée(s)</b> au moment où le patient a répondu « oui » au questionnaire :	
<b>Statut</b> au moment où le patient a répondu « oui » au questionnaire : <input type="checkbox"/> salarié <input type="checkbox"/> indépendant	
<b>Patient retraité</b> <input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non (Si non, merci de compléter ci-dessous)</b>	
Métier(s) exercé(s) actuellement :	% habituel : _____      Arrêt de travail : <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/> <b>Oui, à .....</b> %
Plaintes au travail	
Statut	<input type="checkbox"/> <b>Employé(e) : Nom de l'entreprise :</b> <input type="checkbox"/> <b>Indépendant</b> <input type="checkbox"/> <b>Chômeur</b> <input type="checkbox"/> <b>Autre :</b>

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 renvoyer.