

Date de la demande : _____

Demande urgente (si oui, doit être discuté avec un thérapeute du centre)

Formulaire de demande de consultation gynécologique au Centre Ados Riviera

DEMANDEUR

Nom : _____ Prénom : _____

Fonction : _____ Institution : _____

Téléphone: _____ E-mail : _____

Demande de : Concilium¹ Co-suivi² Reprise de suivi³

1. Concilium: 3-4 séances d'évaluation au CAR puis retour vers le médecin de premier recours avec des propositions de prise en charge
2. Co-Suivi: le médecin de premier recours continue le suivi général et le CAR s'occupe d'une problématique spécifique
3. Reprise de suivi: pour les patients n'ayant pas/plus de médecin de premier recours ou thérapeute de première ligne

PATIENT

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Prénom souhaité : _____

Téléphone patient : _____ Téléphone représentant légal : _____

Adresse postale complète : _____

Adresse e-mail : _____

Autorité parentale : _____

Assurance (LAMal, AI, LAA) : _____ Ass. complémentaire : _____

Si patient mineur : parents au courant de la demande : Oui Non, expliquer la raison :

Médecin traitant (doit être au courant et approuver le suivi au Centre Ados Riviera) Pas de médecin traitant

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone : _____ E-mail : _____

Autres intervenants (psychologue, assistant social, éducateur, etc.) Pas d'autre intervenant
