



www.ch-mt-marsan.fr



SERVICE DE DERMATOLOGIE

Docteur Maxence CORMERAIS

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR LE MEDECIN TRAITANT

A adresser par :

messagerie sécurisée (réservée aux médecins) : dermatologie@ch-mdm.mssante.fr

par voie postale : CHI LAYNE, Service de Dermatologie,

Avenue Pierre de Coubertin, 40024 MONT DE MARSAN

par fax : 05 58 05 23 02

Merci de joindre tout document important pour la prise en charge du patient : histologie, biologie, radiologie, lettre, photos.

Toute demande de rendez-vous est examinée par le médecin et traitée en fonction de l'urgence du motif. Si la prise en charge est urgente et non compatible avec les délais de traitement par courrier, merci d'appeler le secrétariat ou directement le dermatologue ou l'infirmière de dermatologie.

Date :

Patient

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

E-mail :

Téléphone :

Médecin traitant

Nom :

E-mail :

Téléphone :

Antécédents

Chirurgicaux :

Médicaux :

Allergie :

Porteur d'un pacemaker : Oui Non - si oui, nom du cardiologue :

Traitement habituel :

.....
.....
.....
.....
.....

Degré d'urgence :

urgence médicale (inférieure à 1 mois)

non urgent (délai entre 3 et 6 mois)

Description du problème : OBLIGATOIRE

.....
.....
.....

Traitement local ou oral introduit pour le problème : OBLIGATOIRE

.....
.....
.....
.....