

**FICHE de demande de Réunion de Coordination Médicale en Néphrologie****PATIENT (à compléter par le service de NEPHROLOGIE)**

Nom du PATIENT	_____ /	Prénom	_____ /
Adresse	_____ /		
CP	_____ /	Ville	_____ /
Téléphone	_____ /		
Date de naissance	_____ /	Sexe	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F
Numéro de SS	_____ /		

**MEDECIN NEPHROLOGUE REQUERANT : \* OBLIGATOIRE**

Date de la demande	_____ /		
Coordonnées du médecin néphrologue			
Nom *	_____ /	Prénom *	_____ /
Adresse	_____ /		
CP	_____ /	Ville	_____ /
Numéro RPPS	_____ /		
Téléphone *	_____ /	Mail	_____ /
CONSENTEMENT du PATIENT	<input type="checkbox"/> Le patient est informé de la Réunion de Coordination le concernant.		

**MOTIFS ET INFORMATIONS MEDICALES (par le NEPHROLOGUE) : \* OBLIGATOIRE**

## Coordonnées du médecin traitant du patient :

Nom *	_____ /	Prénom *	_____ /
-------	---------	----------	---------

MOTIF DE LA DEMANDE  
COMMENTAIRES

**A compléter par le MEDECIN GENERALISTE**

Demande traitée le :	_____ /		
<b>DATE PROGRAMMEE POUR LA REUNION DE COORDINATION :</b>			
LE :	_____ /	HEURE :	_____ /
AVEC LE DOCTEUR :	_____ /		
(nom du médecin traitant/remplaçant)	_____ /		

Le RDV doit être OBLIGATOIREMENT validé par téléphone avec le médecin néphrologue