

**PATIENT (à compléter par le médecin généraliste)**

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

**CONSENTEMENT du PATIENT**

Le patient est informé de l'acte de télé-expertise et l'accepte

**MEDECIN GENERALISTE SOLLICITANT/REQUERANT**

Date	____/____/____	Heure	____/____
<b>Coordonnées du médecin titulaire (même si l'acte est fait par un médecin remplaçant)</b>			
Nom			
Prénom			
Ville		CP	
Tel + mail	____/____/____	mail :	

**AVIS MEDICAL DEMANDE (par le MG)**

Si patient déjà suivi	Nom du spécialiste référent _____/
Motif /Symptômes	
Facteurs de risques et Antécédents	
Traitement	
Interprétation du MG, commentaire et questions	

**A compléter par le SPECIALISTE SOLLICITE/REQUIS**

Date	____/____/____	Heure	____/____
<b>Coordonnées du spécialiste</b>			
Nom			
Prénom			
Ville		CP	
Tel + mail	____/____/____	mail :	

**AVIS MEDICAL DU SPECIALISTE**

Rendez-vous nécessaire ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Si oui, date du rendez-vous : ____/____/____	
	Patient informé de la date du RDV: <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Hospitalisation préconisée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Réponse/Commentaire  
Conduite à tenir