

DEMANDE DE RENDEZ-VOUS POUR AVIS D'ALLERGO-ANESTHESIE

Pour toute réaction d'allure allergique en per-opératoire :

Merci de remplir ce document pour obtenir un rendez-vous

Pour toute autre réaction médicamenteuse en dehors d'une anesthésie : 05 67 77 17 64

IDENTITÉ DU PATIENT OU ÉTIQUETTE

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

Numéro de téléphone : ____/____/____

Date de l'accident per-opératoire : ____/____/____

Si nouvelle intervention programmée

date : ____/____/____

Type de chirurgie : _____

IDENTITÉ DU MÉDECIN DEMANDEUR

Nom : _____

Spécialité : _____

Numéro de téléphone : ____/____/____

Demande et documents à adresser à pneumola.hj@chu-toulouse.fr
ou à faxer au **05 67 77 16 82**

à l'attention de **PROGRAMMATION HJ** accompagnée des documents ci-dessous.

- ☐ Copie des documents pré, per et post opératoires mentionnant tous les produits utilisés
- ☐ Copie de la feuille anesthésie
- ☐ Copie des résultats biologiques des prélèvements faits lors de la réaction
- ☐ Remettre au patient l'ensemble des documents mentionnés dans la liste ci-dessus.

AUCUN RENDEZ-VOUS NE SERA DONNE EN L'ABSENCE DE CES INFORMATIONS

COMMENTAIRES

RESERVE AU SERVICE

ORIENTATION

☐ Consultation

☐ HDJ allergologie

☐ HDJ allergeo-anesthésie

RDV le : ____/____/____

Commander dossier CHU : ☐ Oui ☐ Non