

# DEMANDE MEDICALE DE PRISE EN CHARGE

Service de Dermatologie, Hôpital Larrey, CHU de Toulouse

*Toute demande incomplète ou imprécise ne pourra être traitée.*

## PARTIE 1 : à remplir par le patient

**Renseignements administratifs :**       Enfant (<18 ans)       Adulte

Date de naissance :      Sexe :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :      email :

### Type de consultation :

Suivi

1<sup>ère</sup> venue

**Souhait d'un médecin en particulier :** .....

**Secteur souhaité :**  Public  Privé (avance des frais)

## PARTIE 2 à remplir par le médecin ou joindre une lettre du médecin détaillant précisément le problème (joindre : biopsie, résultats examens, photos...)

**Médecin demandeur :** Nom / Prénom :      Ville :

Tel :      email :

Dermatologue       Autre précisez : .....

*TAMPON*

*SIGNATURE*

### Caractère d'urgence de la demande :

<72H

Sous 10 jours

Sous 3 semaines

Sous 3 mois

Pas de caractère d'urgence

Autre .....

**Décrire précisément :** Diagnostic / Situation clinique/ Problématique / Attentes :

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

**Formulaire à envoyer par email :** (à un seul email correspondant à la situation)

ENFANTS/MALADIES RARES: [larreycrmr.sec@chu-toulouse.fr](mailto:larreycrmr.sec@chu-toulouse.fr)

LASERS / CHIRURGIE : [dermato.int@chu-toulouse.fr](mailto:dermato.int@chu-toulouse.fr)

MASTOCYTOSE : [dermato.masto@chu-toulouse.fr](mailto:dermato.masto@chu-toulouse.fr)

ALLERGOLOGIE : [dermato.allergo@chu-toulouse.fr](mailto:dermato.allergo@chu-toulouse.fr)

INFLAMMATOIRE : [dermato.inflammatoire@chu-toulouse.fr](mailto:dermato.inflammatoire@chu-toulouse.fr)

IMMUNOLOGIE : [dermato.immuno@chu-toulouse.fr](mailto:dermato.immuno@chu-toulouse.fr)

**Ou par courrier postal :**

Hôpital LARREY

Service de dermatologie - 5<sup>ème</sup> étage

24 chemin de Pouvoirville

TSA 330- 31059 Toulouse cedex 9