

DEMANDE SIMPLIFIEE de SOINS ou de CONSULTATIONS - HANDICONSULT 84

Ce formulaire est destiné aux personnes déjà suivies par le dispositif Handiconsult 84.

Date de la demande :**Reçu le :**

NOM :	Prénom :
.....	
Date de naissance :/...../.....
La personne vit elle en institution :	oui non
Adresse :	
.....	

Motif de la demande :

Spécialité	Type de demande	Cochez la case correspondante
Bilan biologique	Bilan sanguin	
Bilan somatique	Consultation	
Bilan algologique	Consultation	
Cardiologie	ECG	
	Consultation	
Dentaire	Consultation	
Diététique	Consultation	
Echographie	Consultation	
Gynécologie	Consultation	
Neurologie	EEG	
	Consultation	
Ophthalmologie	Consultation	
Podologie/pédicurie	Consultation	
Habitude aux soins	Sur place	

Précisions sur la demande :

.....

.....

.....

.....

.....

Personne à contacter :

.....

Lien avec la personne :

.....

Lors de votre venue, merci d'apporter

- Le **carnet de santé** pour les enfants
- Les éléments médicaux en votre possession (Bilans sanguins, radiographie, ECG, **ordonnances avec le traitement en cours ...**)

Nous rappelons que les patients ne peuvent pas se présenter sur la structure sans accompagnateur.

Pour tous renseignements,

Le **secrétariat** est ouvert de 8h00 à 16h00, du lundi au vendredi (sauf les jours fériés)

Tél : **04 90 03 90 85**

Mail sécurisé : **secretariat.btm.mss@ch-montfavet.mssante.fr**

Adresse :

Centre Hospitalier de Montfavet,

Handiconsult 84,

Bâtiment n° 20, Les Romarins

Avenue de la Pinède

CS 20107

84918 Avignon CEDEX 9