

FAX DE DEMANDE DE CONSILIMUM EN MEDECINE DU TRAVAIL

« TRAVAIL ET CANCERS »

Coordonnées du médecin (tampon) :	Unisanté – Département santé, travail et environnement (DSTE) Unité consilium en médecine du travail Route de la Corniche 2 1066 Epalinges Tél. 021 314 74 33 Fax 021 314 74 30 Courriel : dste.secrmed@unisante.ch
E-mail :	

Coordonnées complètes : nom, prénom, adresse, tél, mail,
date de naissance, assurance et n° d'assuré du patient :

Cher (e) Collègue,

Je vous prie de recevoir le/la patient-e susnommé-e pour une consultation avec un médecin du travail.

Motif de la consultation	☐ Suspicion de maladie professionnelle ☐ joindre impérativement à la demande l'auto questionnaire de repérage renseigné par le patient selon la localisation de son cancer ☐ Conseil pour aptitude au poste de travail (uniquement si absence de médecin du travail au sein de l'entreprise du patient)						
Diagnostic oncologique (localisation, anapath.)							
Etiologies suspectées	☐ Non fumeur ☐ Fumeur / UPA ☐ Ex-fumeur / UPA ☐ Alcool ☐ Autre :						
☐ Résumé du dossier médical ☐ Rapports d'hospitalisations ou des spécialistes déjà consultés à faxer +++ 021 314 74 30 Y compris examens complémentaires							
Traitement oncologique en cours : ☐ Non / ☐ Oui : ☐ 1^{ère} ligne ☐ 2^{ème} ligne ☐ Palliatif							
Profession(s) exercée(s) au moment où le patient a répondu « oui » au questionnaire :							
Statut au moment où le patient a répondu « oui » au questionnaire : ☐ salarié ☐ indépendant							
Patient retraité ☐ Oui ☐ Non (Si non, merci de compléter ci-dessous)							
Métier(s) exercé(s) actuellement :	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 40%;"></td> <td style="width: 20%; border: none;">% habituel :</td> <td style="width: 40%; border: none;">Arrêt de travail : ☐ Non ☐ Oui, à</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border: none;">%</td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table>		% habituel :	Arrêt de travail : ☐ Non ☐ Oui, à		%	
	% habituel :	Arrêt de travail : ☐ Non ☐ Oui, à					
	%						
Plaintes au travail							
Statut	☐ Employé(e) : Nom de l'entreprise : ☐ Indépendant ☐ Chômeur ☐ Autre :						

En restant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire, je vous prie de recevoir, Cher (e) Collègue, mes meilleures salutations.

Date :

Médecin :

Merci de nous communiquer votre adresse e-mail

L'intégralité de ce document est soumise au secret médical.
Si ce fax ne vous est pas destiné, merci de nous le renvoyer.