



Date : le

**MEDECIN
DEMANDEUR**

Dr.
Ville :
Tél :
Fax :
Mail :

Tampon et signature :

PATIENT

Nom :
Prénom :
Né(e) le :
Sexe : F H
Tél :
.....
Mail :
.....
Adresse :
.....
.....
Code postal :
Ville :

**DEMANDE DE CONSULTATION
DERMATOLOGIE**

ANTÉCÉDENTS PRINCIPAUX :
.....
.....
TRAITEMENTS HABITUELS :
.....
.....

MOTIF DE LA DEMANDE

DESCRIPTION DE LA / DES LÉSIONS, TAILLE, EXTENSION :
.....
.....
.....
.....
ANCIENNETÉ DES LÉSIONS :
.....
.....
SIGNES D'ACCOMPAGNEMENT : (Fièvre, douleurs, prurit...) :
.....
.....
.....
.....

Prrière de joindre tout document utile à la prise en charge du patient (analyses sanguines, examens paramédicaux, photos...)