

Demande de consultation IDE : le/..../....

Service de Rhumatologie

Tél : 02.38.74.40.14

Fax : 02.38.74.40.12

Nom du patient	Adresse :

	Tel :

Suivi par le Docteur :
Pour :
Délais souhaités :
Education à la maladie :
Education pour débuter un traitement par :
Education pour changement de traitement :

Documents remis lors de	<input type="checkbox"/> la consultation	
	<input type="checkbox"/> l'hospitalisation	
<input type="checkbox"/> PR en 100 Q	<input type="checkbox"/> SPA en 100 Q	<input type="checkbox"/> PSO
<input type="checkbox"/> Parcours bon usage n°		
<input type="checkbox"/> N° Vert (préciser)		
<input type="checkbox"/> J'agis		
<input type="checkbox"/> Autre		