Coopération MEDIPOLE – Centre Hospitalier de Chambéry
DEMANDE D'AVIS EN MALADIES INFECTIEUSES

Téléphone : 04.79.96.50.50 *(Poste 1684)* **Fax** : 04.79.96.51.71

Médecin demandeur :	**Identité patient ou étiquette :**
Téléphone :	Nom : Prénom : Date de naissance : Sexe : ☐ M ☐ F

Médecin infectiologue concerné
☐ Non spécifié ☐ O. Rogeaux ☐ C. Lecomte ☐ E. Forestier ☐ A. Labé

Délai de réponse souhaité ☐ < 48 heures ☐ < 5 jours
(En cas d'urgence, téléphoner directement au numéro ci-dessus)

Motif de la demande
(Merci de nous transmettre par fax toutes les données microbiologiques disponibles)

Antécédents significatifs

☐ Aucun	☐ Diabète	☐ Obésité
☐ Immunodépression	☐ Cirrhose	☐ Insuffisance rénale
☐ Autre :		

Histoire de la maladie *(résultats des prélèvements, antibiotiques prescrits, chirurgie réalisée…)*

……

……

……

……

……

……

……

……

Question(s) posée(s)

……

……

☐ Consultation à prévoir. Délai souhaité :