

LETTRE D'ENVOI VERS UN MÉDECIN SPÉCIALISTE

Concerne : (Nom & prénom du patient)

.....(Adresse)

Date de naissance : xx/xx/xxxx

Chère consœur, cher confrère,

Pouvez-vous recevoir au sein de votre consultation
de(génétique/FMR/centre de référence...),

Mme/Mr :(Nom & Prénom)

Histoire actuelle de sa santé :

- ☐ Symptômes aigus ou chroniques inexplicables, incohérents ou non spécifiques
- ☐ Symptômes à un âge inhabituellement jeune :
- ☐ Evolution des symptômes : de façon périodique/cyclique/avec des épisodes sans symptômes/Périodes avec des symptômes différents/Toujours les mêmes symptômes/Depuis combien d'années :
- ☐ Différents spécialistes consultés :
- ☐ Résultats pathologiques ou limites déjà rencontrés :
- ☐ Soupçons d'étiologie psychosomatique/ suivi par un psychologue
- ☐ Scénario d'exposition : Alimentation, voyage, logement, animaux, travail

Veuillez trouver ci-dessous un résumé du dossier médical de mon patient :

Poids :	TA :
Taille :	Rythme cardiaque :

Antécédents médicaux :

Antécédents chirurgicaux :

Antécédents familiaux :

- (mort prématurée dans la famille, fausse couche)
- Consanguinité
- Groupe ethnique

Facteurs de risque médical :

- tabagisme
- consommation d'alcool
- prise d'autres substances (cannabis,...)
- cholestérol
- diabète

Facteur de risque social :

Allergies :

Intolérances :

Signes cliniques/organes touchés :

- ☐ Troubles du développement
- ☐ Symptômes digestifs
- ☐ Symptômes neurologiques
- ☐ Symptômes cutanés
- ☐ Symptômes rhumatologiques/Orthopédiques
- ☐ Symptômes pneumologiques
- ☐ Symptômes cardiaques
- ☐ Soucis hématologiques
- ☐ Soucis endocriniens

Veillez trouver ci-dessous le **traitement chronique** de mon patient :

Les examens complémentaires éventuels déjà réalisés dans le cadre de cette pathologie sont annexés à ce rapport.

Confraternellement,

Dr(Nom Prénom)

Adresse :

Tel :

N° INAMI :
