

**Merci de compléter ce document, puis de le transmettre par mail sécurisé**

**Date de la demande :**

<b>LE DEMANDEUR (REQUERANT)</b>			
<b>Nom, prénom du professionnel de santé</b>			
<b>Etablissement</b>		<b>Service</b>	
<b>Téléphone</b>		<b>Mail sécurisé</b>	
<b>Nom, prénom du médecin traitant si différent du médecin requérant (avec précision de la ville)</b>			

<b>LE PATIENT</b>				
<b>Nom d'usage</b>		<b>Nom de naissance</b>		
<b>Prénom</b>		<b>Né(e) le</b>		<b>Sexe</b>

<b>Antécédents significatifs</b>	
<b>Traitement actuel</b> <i>(ou joindre ordonnance)</i>	
<b>Autonomie du patient</b> <b>(indication GIR)</b>	
<b>Histoire de la maladie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><u>En cas de suspicion de lésion tumorale</u> : précisez les antécédents de cancers cutanés et l'ancienneté de la lésion</li> <li><u>En cas de plaie chronique et/ou complexe</u> : précisez la douleur, le traitement antalgique, le protocole de pansement en cours et si doppler récent en cas de plaie de jambe</li> </ul>

**Question(s) posée(s)**

Joindre :

1. Une photo de bonne qualité de la région atteinte (membre entier, visage, main, pied, thorax face antérieure, dos)
2. Une photo de bonne qualité à plus fort grossissement de la lésion