



FICHE CONTACT

DEMANDE DE CONSULTATION URGENTE DE NEUROPEDIATRIE

A remplir par le médecin demandeur et à joindre lors de la prise de RDV

Ou à renvoyer par le médecin à l'adresse suivante :

aline.delignieres@medecin.mssante.fr

Médecin demandeur :

.....



Patient (à compléter obligatoirement : mail+tel)

Nom :

Prénom : DDN :

Coordonnées de la famille :

Nom des parents :



Ne concerne que les troubles neurologiques d'apparition récente (perte de connaissance, mouvements anormaux, rupture de contact)datant de moins de 3 mois. Les troubles des apprentissages ou troubles du développement ne relèvent pas d'une demande urgente. En fonction de l'âge de l'enfant, des créneaux de consultation non urgente sont disponibles très régulièrement via Doctolib.fr. Merci de votre compréhension.

Date de la demande :

Motif de la demande :

Renseignements médicaux :

Terme de naissance : SA Antécédents personnels :

Antécédents familiaux notables :

Symptômes :

Date de début :

Fréquence :

Traitement en cours :

Commentaires libres :