

CESAR

Éducation thérapeutique

Par fax **01 49 28 28 60**

Par mail : **ide-hdj.rhumatologie.sat@aphp.fr**

Date de la demande :

Délais :

☐ **Urgent**

Date proposée :

Médecin remplissant la demande

Médecin demandant l'hospitalisation

COORDONNEES PATIENT

NOM :

Prénom :

DDN :

Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin

Adresse :

Tel. Dom. :

Tel. Portable :

E-Mail :

MOTIF de la consultation CESAR :

Avis spécialisé :

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

EXAMENS À RÉCUPÉRER :