

FICHE CONTACT RESEAU DE SANTE

Vous êtes : un professionnel

Date de la demande :

Demandé par :

Tel :

Patient :

Nom :

Nom de Jeune Fille :

Prénom

Sexe : M F

Date de naissance :

N°téléphone :

Adresse :

.....

Personne de confiance :

N° Téléphone :

Médecin traitant :

Téléphone du médecin traitant :

Couverture Sociale : OUI NON

Motif de la demande :

Votre demande concerne :

.....

.....

.....

.....

.....

Vous souhaitez être recontacté (e) par :

Cancérologie (Réseau Onco 28)

Alcool, Tabac, Drogues,... (Réseau Addictions 28)

VIH / Hépatites (Réseau Santé Précarité 28)

Difficultés d'Accès aux Soins (Réseau Santé Précarité 28)

Autres :

ENVOYER

Votre demande a été prise en compte par la plateforme
des réseaux de santé qui va vous recontacter