

Demande de consultation

Service de Pancréatologie et oncologie digestive de l'hôpital Beaujon AP-HP
Centre de référence des maladies rares pancréatiques et des tumeurs
neuroendocrines digestives
Centre de diagnostic rapide tumeurs du pancréas et TNE

Madame, Monsieur,

Vous souhaitez prendre un rendez-vous de consultation dans le Service de Pancréatologie et oncologie digestive de l'Hôpital Beaujon AP-HP ? En tant que Centre Expert, nous sommes extrêmement sollicités et nous ferons notre possible pour vous donner un rendez-vous de consultation.

Afin de nous assurer qu'une prise en charge dans notre service est adaptée à votre demande, merci de bien vouloir adresser la fiche suivante complétée par votre médecin généraliste ou votre gastroentérologue, par mail à : secretariat.pancreato.bjn@aphp.fr

A noter que notre boîte mail ne peut recevoir des fichiers excédant 10 Mo. Si vous avez beaucoup de pièces jointes, merci de les envoyer en plusieurs mails.

Un des médecins de notre service validera ou non un premier rendez-vous de consultation, dans un délai adapté à votre situation, au vu des éléments fournis. La date de rendez-vous vous sera communiquée dès que possible. Il faudra venir à la consultation avec l'ensemble des CD-Roms de vos examens radiologiques, en particulier les scanners et IRM.

Si votre demande ne relève pas de notre domaine d'expertise, nous vous réorienterons au mieux.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- En cas de fiche incomplètement remplie, la demande ne sera pas prise en compte.- Toute demande n'émanant pas d'un médecin ne sera pas prise en compte. |
|---|

Nous vous prions, Madame, Monsieur, de croire en l'expression de nos sentiments dévoués.

L'équipe médicale du service de Pancréatologie et oncologie digestive
Hôpital Beaujon AP-HP
100 boulevard du général Leclerc
92100 CLICHY

Date de la demande :

Date de consultation souhaitée : ☐ urgent < 10-15 jours ☐ non urgent

Médecin demandeur : ☐ généraliste ☐ gastroentérologue ☐ autre :

Nom :

Adresse professionnelle :

Lettre jointe : ☐ oui ☐ non

Patient : Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Adresse mail :

Téléphone portable :

Antécédents personnels pertinents :

-
-
-

Antécédents familiaux pertinents (*préciser le lien de parenté*) :

- Maladies du pancréas
- Cancers du côlon, de l'utérus, du sein, mélanomes
- Autres cancers

Résumé de l'histoire clinique :

Examens complémentaires (*joindre tous les comptes rendus de scanner, d'IRM ou d'échoendoscopie et préciser la date des examens*) :

- ☐ TDM
- ☐ IRM
- ☐ échoendoscopie
- ☐ biopsie (histologie) si disponible
- ☐ biologie

Question(s) posée(s) :