FICHE NAVETTE ASDES-PARTENAIRES

Remettre à l'usager et faxer au **01 47 69 67 68**
Prise de rendez-vous Secrétariat Médical : **01 47 69 72 12** / **06 13 53 45 06**

Organisme proposant l'orientation: ……
……

Personne référente : ……..

Téléphone : ……
Fax : ……

Patient : Nom: …… Prénom ……

Date de naissance: …….. N°de téléphone: ……..

Adresse:……

Vous orientez une personne vers ASDES pour une consultation de santé publique clinique, merci de préciser :

Si cette personne a un médecin traitant : OUI ☐
NON ☐

Observations complémentaires :……
……
……
……
……
……..

A remplir par le médecin ASDES

Docteur :……..

Date de consultation : _____/_____/_____

Personne incluse dans le réseau : Oui ☐
Non ☐

Commentaires éventuels suite à la consultation :
……
……
……
……