

FICHE DE DEMANDE DE CONSULTATION

Pathologie : ☐ neuropathie ☐ maladie de la jonction neuromusculaire ☐ maladie musculaire
☐ Autre ou non identifiée

Symptôme(s) d'appel :

☐ Déficit moteur ☐ Troubles sensitifs ☐ Troubles de l'équilibre
☐ Douleurs ☐ Autres (préciser)

Etat du diagnostic : ☐ suspicion
☐ certitude

Date approximative de début :

☐ <3 mois
☐ <6 mois
☐ <1 an
☐ > 1 an

Patient(e) déjà vu par un neurologue : ☐ oui ☐ non

Si oui, joindre les éléments à votre disposition

Question posée :
.....
.....
.....

Identité du (de la) patient(e) :

NOM :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Adresse :
.....

Téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Demandeur :

NOM :

Service (si approprié) :

Téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

e-mail :

Date de la demande : ____ / ____ / ____

Merci de renvoyer cette fiche, accompagnée des pièces du dossier médical :

par **mail** au crm.n@chu-limoges.fr

ou **fax** au 05.55.05.65.67

ou **courrier :**

Centre de Référence des Pathologies Neuromusculaires AOC

Service de Neurologie - CHU Dupuytren,

2 avenue Martin Luther King - 87 042 LIMOGES CEDEX

Téléchargeable à : <http://www.chu-limoges.fr/centre-de-reference-national-neuropathies-peripheriques-rares.html>