

**FICHE DE PRISE DE RDV**

**PROGRAMME ETP DERMATITE ATOPIQUE « BIEN DANS MA PEAU »**

Responsable coordonnateur : **Dr. Juliette MIQUEL**



Contact : [ecole.atopie@chu-reunion.fr](mailto:ecole.atopie@chu-reunion.fr)

**Nom du médecin qui adresse le patient :**

*Attention obligation d'un courrier médical justifiant la demande de RDV*

**Médecin spécialiste qui suit le patient :**

**Médecin généraliste qui suit le patient :**

**Nom et Prénom du patient :**

**Date de naissance :**

**Numéro de téléphone :**

**Adresse mail :**

**Adresse :**

**Diagnostic :**

**Date de découverte de la maladie :**

**Traitement :**