

FICHE DE PRISE DE RDV

PROGRAMME ETP DERMATITE ATOPIQUE « BIEN DANS MA PEAU »

Responsable coordonnateur : **Dr. Juliette MIQUEL**



Contact : 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 :