

Identification du patient :

- Nom : _____
- Prénom : _____
- Date de naissance : _____
- Sexe : ☐ F ☐ M
- Adresse : _____

- Téléphone : _____
- Email : _____
- N° Sécurité sociale : _____
- Médecin traitant : _____
- Téléphone du cabinet : _____
- Email sécurisé MSSanté : _____

☐ Le protocole de diagnostic de la maladie rénale a été suivi conformément au parcours ELAN :

- ✓ Le bilan biologique initial, ordonnance n°1, a été réalisé + contrôle à 3 mois
- ✓ Le bilan complémentaire d'exploration, ordonnance n°2, a été réalisé
- ✓ L'échographie rénale et vésicale, ordonnance n°3, a été réalisée (ou rdv pris)
- ✓ Les résultats sont joints à la présente demande

Traitements en cours : (noter ou joindre ordonnance)

Antécédents : (noter ou joindre fiche patient/courrier)

Transmission de la demande

Merci d'adresser ce formulaire **complété**, accompagné des **résultats d'examens**, à :

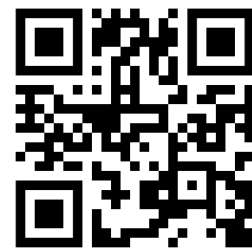
Adresse postale :

ALURAD – Service Consultation
Avenue Buisson
87000 Limoges

Téléphone : 05 55 43 17 42

Email sécurisé : secretariat_medical.alurad_buisson@na.mssante.fr

Omnidoc (demande d'avis néphrologique – ALURAD)




omnidoc

Après réception du dossier complet, l'équipe de l'ALURAD :

- **Analyse la demande**
- **Organise la consultation néphrologique si nécessaire**
- **Informe le médecin traitant des modalités de prise en charge**

Fait à : _____

Le : ____ / ____ / ____

Signature et cachet du médecin :