



DEMANDE MEDICALE D'AVIS OU DE PRISE EN CHARGE DES ALBINISMES OCULO-CUTANES

DEMANDE A FAXER AU 05.56.79.59.87

1. Date :/...../20.....

2. Patient :

NOM / Prénom :

Sexe : M / F

Age :

Adresse :

3. Coordonnées du médecin adressant le patient :

NOM / Prénom :

Tel :

Fax :

Ville :

Mail :

4. Mode de réponse souhaitée : Fax Tel Mail

5. Diagnostic d'AOC fait par : Ophtalmologue Dermatologue Autre :

6. Suivi actuel de l'AOC par : Ophtalmologue Dermatologue Autre :

7. Analyse génétique effectuée : Oui Non

8. Nature de la demande : Bilan initial 2^e avis Suivi

SVP adresser le patient avec **une lettre et les résultats** des examens (en particulier biopsie ou analyse génétique si déjà réalisée)

REPONSE : Votre patient a rendez-vous

en **hospitalisation de jour** le/...../20..... àh.....

L'accueil aura lieu dans le service de :

Dermatologie

Ophtalmologie

Service de Dermatologie Pédiatrique
Pr Alain TAÏEB
Hôpital des Enfants
1^{er} étage



Service d'Ophtalmologie
Pr Jean-François KOROBELNIK
Centre François Xavier Michelet
Bâtiment D, 3^{ème} étage

Groupe hospitalier Pellegrin - Place Amélie Raba Léon - 33076 Bordeaux