

DOC 04- SOLLICITATION
Pour un avis spécialisé par télé médecine Dans le cadre du projet PÂSTEL

MEDECIN TRAITANT	PATIENT
Nom Prénom :	Nom de naissance :
Coordonnées :	Nom usuel (si différent) :
N° d'identification :	Prénoms :
	Date de naissance :

Sollicitation pour un recours à un avis spécialisé par télé médecine en :
(Possibilité de sélectionner plusieurs recours afin d'obtenir un avis pluridisciplinaire)

- Gériatrie et / ou psycho-gériatrie
- Psychiatrie du sujet âgé
- Autres.....

L'acte de télé médecine sera coordonné par :

- le médecin traitant
- le médecin coordonnateur (Nom/Prénom :.....), à la demande du médecin traitant.

Le jour de l'acte, le médecin traitant sera présent : oui non
L'acte de télé médecine respectera les dispositions prévues par le décret relatif à la télé médecine du 19 octobre 2010.
Le patient sera informé de l'acte de télé médecine retenu et son consentement sera recueilli avant la réalisation de l'acte médical.

Pour information, l'acte de télé médecine pourra correspondre à une :

- **Téléconsultation** : consultation à distance entre le professionnel médical et le patient accompagné de l'équipe de soins en temps réel (par vidéoconférence).
- **Téléexpertise** : échange entre le professionnel médical et l'équipe de soins (présence du médecin coordonnateur ou du médecin traitant obligatoire) en mode synchrone (par vidéoconférence) ou asynchrone (avis en différé sans vidéoconférence).

Commentaires :

.....

.....

.....

.....

.....

Le :..... A :.....

Signature :