

FORMULAIRE D'INTEGRATION DE PATIENT

Critères d'inclusion & pathologies chroniques concernées :

> 16 ans

Diabète, cancer, obésité, maladies cardio-vasculaires, asthme, BPCO, rectocolite hémorragique, maladie de Crohn et Covid Long

Date de l'inscription :

Identité du demandeur :

Lieu d'exercice :

Identité du patient :

Téléphone :

Consentement du patient :

Le patient a reçu la plaquette de présentation de La Passeraile et accepte d'être recontacté

Envoyer ce formulaire par mail :

contact@lapasseraile.fr

ou lapasseraile@na.mssante.fr (uniquement via une messagerie sécurisée)

Cadre réservé à La Passeraile :

Patient contacté (date) :

Inscription acceptée

Inscription refusée