

Ce formulaire permet à votre patiente d'accéder gratuitement à des séances de laser auprès de centres partenaires. Il sera remis par la patiente à l'association Ajar avec sa demande.

Médecin prescripteur

NOM ET PRÉNOM *

NUMÉRO RPPS *

SPÉCIALITÉ

TÉLÉPHONE DU CABINET

ADRESSE DU CABINET

Patiente

PRÉNOM *

DATE DE NAISSANCE

E-MAIL DE CONTACT *

TÉLÉPHONE

Diagnostic

SOPK diagnostiqué (syndrome des ovaires polykystiques)

Hyperpilosité associée justifiant un traitement laser

DATE DU DIAGNOSTIC SOPK

SCORE FERRIMAN-GALLWEY

Zones à traiter

Visage (lèvre, menton, joues)

Cou

Torse / poitrine

Ventre / ligne ombilicale

Dos

Jambes

Aisselles

Maillot

PRÉCISIONS CLINIQUES (OPTIONNEL)

Consentement de la patiente

Je soussignée la patiente nommée ci-dessus, déclare consentir à transmettre cette prescription à l'association Ajar (loi 1901, Lille) afin de bénéficier gratuitement de séances de laser auprès d'un centre partenaire. Mes données ne seront utilisées que pour l'orchestration de mes rendez-vous. Je peux retirer mon consentement à tout moment en écrivant à bonjour@hellajar.org.

DATE *

SIGNATURE DE LA PATIENTE *

SIGNATURE ET TAMPON DU MÉDECIN *