# FICHE DE PREMIERE CONSULTATION: Date du rendez-vous: .. / .. / ….

# Nom de votre médecin traitant : …................................................................................................

**Décommander vos rendez-vous en cas d’impossibilité est impératif, vous pouvez joindre le secrétariat par email :** **secretariat.delpuech@gmail.com** **ou par téléphone / répondeur**

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

**Nom** : ..................................................... **Prénom**.................................................**âge**.................

**Adresse complète**:.......................................................................................................................

..................................................................................................................................................................................................................................................................................................**Profession**..............................

**Tél.** personnel................................................... **Email**………...............................@...............................

**Tél.** Portable ...........................................**Tél**. Professionnel.........................................................

**Situation de famille :** marié(e) ¤ // divorcé(e) ¤ // célibataire ¤ // nombre d’enfants …..

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :**

**Motif de votre consultation :** .........................................................................................................................................................................................................................................................................................................………………………..….........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

……….........................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**De quelles maladies, fractures ou traumatismes avez vous souffert ?**

..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Quelles** **maladies ont été diagnostiquées dans votre famille** ? ( diabète, cholestérol, allergies, cancers, hypertension, accidents vasculaires etc.) ………………………………………………………. ………………............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................…………………………………………….....................................................................................................

A-t-on trouvé des anomalies sur vos **examens sanguins** ? ........................................................

Prenez-vous des excitants ? (Café, tabac, alcool ou drogues ?)………………………………………………………….. ...................................................................................................................................................................

Quels sont vos **traitements** actuels ? (Nom des médicaments ou amenez vos ordonnances ) …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**N’oubliez pas d’apporter tous documents médicaux que vous jugerez utiles pour le médecin.**

**Rappels divers pour faciliter votre venue :**

 Adresse : Le cabinet est en face de l’ancienne gare de Brotteaux au

 **1 place Jules Ferry dans le sixième arrondissement de Lyon**

**Téléphone 04.79.87.42.12**

1. Le code de rue à composer pour entrer dans l’immeuble est le **4596 B**
2. une fois à l’intérieur, sonnez sur le bouton marqué « **Dr Delpuech** » cela libérera la gâche électrique pour pouvoir ouvrir la porte.

Vous monterez deux étages si vous montez à pied, du fait de la présence d’un entresol, sinon par l’ascenseur, c’est au **premier étage** : sonnez et entrez directement pour aller vous assoir en salle d’attente.

1. Pensez à **préparer votre carte vitale et votre fiche de consultation**.
2. Pour les nouveaux patients, votre rendez-vous doit être confirmé une semaine à l’avance, sans rappel pour confirmation il sera remplacé par une urgence (appel du secrétariat, message sur le répondeur ou envoi d’un email  secretariat.delpuech@gmail.com )
3. Remplissez bien votre fiche de soin pour bien décrire votre état de santé.
4. Pour vous rendre au cabinet médical, il est facile de repérer la brasserie des Brotteaux, à l’angle de la rue Juliette Récamier, le numéro 1 est dans le même immeuble.

La station de métro ‘’Brotteaux ’’ est à 50 mètres.

La gare de la Part Dieu est à une dizaine de minutes à pied.

Un grand parking sous terrain se trouve sous la place Brosset à proximité du cabinet, l’entrée se fait à l’angle de la rue Vauban .

(si vous manquez l’entrée, il suffit de refaire le tour de la gare des Brotteaux pour la retrouver)