

**FICHE DE PRISE DE RDV**  
**PROGRAMME ETP DERMATITE ATOPIQUE « BIEN DANS MA PEAU »**

**Responsable coordonnateur : Dr. Juliette MIQUEL**



**Contact : [ecole.atopie@chu-reunion.fr](mailto:ecole.atopie@chu-reunion.fr)**

**Nom du médecin qui adresse le patient :**

*Attention obligation d'un courrier médical justifiant la demande de RDV*

**Médecin spécialiste qui suit le patient :**

**Médecin généraliste qui suit le patient :**

**Nom et Prénom du patient :**

**Date de naissance :**

**Numéro de téléphone :**

**Adresse :**

**Diagnostic :**

**Date de découverte de la maladie :**

**Traitement :**