

Demande d'inscription au programme d'ETP « PARLONS goutte »

Informations sur le patient

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse _____

Téléphone fixe _____

Téléphone portable _____

Adresse email _____@_____

Histoire médicale de la goutte

Date du diagnostic de la goutte

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date du dernier dosage d'acide urique

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Valeur du dernier dosage d'acide urique _____

Merci d'adresser cette fiche

Par e-mail, parlons.goutte.lrb@aphp.fr

Ou par courrier, PARLONS goutte

Hôpital Lariboisière, Service de Rhumatologie

2, rue Ambroise Paré 75010 Paris

Ou par fax, 01.49.95.91.78

Date de la demande

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nom du médecin _____