

CONFIDENTIEL

Nom du Médecin destinataire souhaité :

- HOSPITALISATION COMPLETE
 - Dr Jean-Luc DAMELINCOURT
 - Dr Olivier DESABLIN
 - Dr Sylvie DUJARDIN
 - Dr Jean-Michel PAILLEUX
- HOSPITALISATION DE JOUR
 - Dr Marc DEBRABANT

Nom :
Prénom :
Adresse :
.....
.....
.....
Tél :
Date de naissance.....
Profession.....
Régime de protection: tutelle curatelle SJ
ALD oui non si oui fournir volet 3

MOTIF DE LA DEMANDE/ ATTENTES

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

RENSEIGNEMENTS

ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES :
.....
.....
.....

ANTECEDENTS SOMATIQUES :
.....
.....

CONDUITES D'APPETENCES CONNUES :
.....
.....

AUTONOME DANS LA VIE QUOTIDIENNE OUI NON
SI NON, DIFFICULTES RENCONTREES :
.....

.....T SVP

REGIME ALIMENTAIRE : NON OUI

SI OUI, LEQUEL :

.....

.....

POIDS :

TAILLE :

**AFIN DE POUVOIR POURSUIVRE A LA CLINIQUE LES TRAITEMENTS QUE VOUS AVEZ INSTAURES,
MERCİ DE LISTER LES TRAITEMENTS EN COURS ET DE PREVENIR LE PATIENT D'APPORTER SES
ORDONNANCES**

TRAITEMENT SOMATIQUE	TRAITEMENT PSYCHOTROPE

Afin de pouvoir vous informer de la suite donner à votre demande nous vous remercions de renseigner les éléments ci-dessus :

Nom :

Prénom :

tél :

Mail sécurisé :

Adresse :

.....

.....

Le

Signature