

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

| | |
|----------------------------|--------------|
| Nom du Médecin adresseur : | Spécialité : |
| ✉ : | |
| ☎ : | |
| Mail.....@..... | |

COORDONNEES ET INFORMATIONS PATIENT

| | | |
|--|--|----------|
| Nom usuel: | Nom de naissance : | Prénom : |
| Date de naissance : | | |
| Adresse : | | |
| ☎ Domicile : | ☎ Portable : | |
| Mail.....@..... | | |
| Situation familiale : | | |
| Profession : | | |
| <input type="checkbox"/> En activité | <input type="checkbox"/> En arrêt de travail depuis le | |
| <input type="checkbox"/> Maladie professionnelle | <input type="checkbox"/> Accident du travail, date : | |
| Suivi médical : | | |
| Médecin généraliste : | Psychologue : | |
| Médecin psychiatre : | | |

OBJET DE LA DEMANDE

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Demande d'un avis | <input type="checkbox"/> Demande prise en charge HDJ |
|--|--|

INFORMATIONS MEDICALES¹

Motif de la demande : (principaux problèmes nécessitant une prise en charge spécialisée en HDJ, élément déclenchant), **hypothèses diagnostiques** et **synthèse de la situation clinique du patient** :

Antécédents psychiatriques personnels et/ ou familiaux :

¹ Ces données confidentielles nous permettront d'orienter au mieux le patient.
03/03/2022

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

Antécédents somatiques personnels et familiaux :

Éléments biographiques et / ou professionnels importants :

Historique de prise en charge en psychiatrie :

Traitements actuels :

| Molécule | Posologie | Date d'introduction |
|----------|-----------|---------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Autres éléments qui vous sembleraient nécessaires à nous préciser :