

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 :