

FICHE à remplir - DEMANDE DE SOINS

Centre de soins spécialisés dans les troubles psychoaffectifs en lien avec la souffrance au travail, Psy Pro Lyon propose des prises en charge thérapeutiques, adaptées et graduées aux besoins du patient et à ses attentes.

La situation clinique du patient doit être compatible avec des soins individualisés réalisés en groupe et dispensés en hôpital de jour sur un rythme hebdomadaire.

Afin de répondre au mieux et dans les plus brefs délais à votre demande, merci de compléter précisément ce formulaire et de nous le retourner par messagerie sécurisée accessible via le site internet, ou via l'adresse : <https://bluefiles.com/gie-santea/secretariat-medical-psypro-lyon>



Nom du Médecin adresseur :

Spécialité :

Date de la demande :

✉ :

☎ :

@

COORDONNEES ET INFORMATIONS DU PATIENT

☐ Monsieur ☐ Madame

Nom usuel :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance : .../.../...

Adresse :

☎ Portable :@

Profession :

Catégorie socio-professionnelle :

- ☐ Cadre
- ☐ Technicien
- ☐ Profession de santé
- ☐ Enseignant

Situation professionnelle actuelle : ☐ En activité

☐ Sans emploi

☐ En arrêt de travail

☐ En ALD

Depuis le (à préciser) :

Date de l'arrêt de travail en cours :

☐ En invalidité : depuis le

OBJET DE LA DEMANDE

☐ Demande d'avis spécialisé

☐ Demande de prise en charge HDJ

FICHE à remplir - DEMANDE DE SOINS

SOINS SOMATIQUES EN COURS

☐ Non ☐ Oui (à préciser) :

Antécédents Psychiatriques

☐ Non ☐ si Oui, préciser ci-dessous

Nature :

☐ Troubles anxieux ☐ Trouble dépressif ☐ Stress psycho traumatique

☐ Autre(s) :

Modalité(s) de prise en charge :

☐ Soutien psychologique par : ☐ Psychologue ☐ Psychiatre
☐ Médicament : ☐ Anxiolytique ☐ Antidépresseur ☐ Neuroleptique ☐ Autre :

☐ Hospitalisation (date à préciser) :

Informations médicales actuelles

Motif de la demande :

Liens avec le travail :

☐ Symptômes apparus après un événement professionnel
☐ Symptômes préexistants aggravés par le travail
☐ Symptômes indépendants du travail / doute

Facteurs de risques psychosociaux évoqués :

☐ Surmenage ☐ Sous charge
☐ Conflit interpersonnel dont : ☐ Harcèlement ☐ Agression physique
☐ Conflits de valeurs ☐ Contraintes organisationnelle
☐ Autres (à préciser) :

Plainte(s) fonctionnelle(s) :

☐ Fatigue chronique ☐ Troubles somatiques (céphalée, douleurs digestives, douleurs musculo squelettiques)
☐ Troubles du sommeil ☐ Perte de mémoire / inattention
☐ Dysrégulation émotionnelle (irritabilité, impulsivité)

Retentissement(s) fonctionnel (s) :

☐ Léger ☐ Modéré ☐ Sévère

FICHE à remplir - DEMANDE DE SOINS

☐ Si consommation toxique, préciser :

TROUBLE(S) PSYCHOLOGIQUE(S) SUSPECTE (S) :

☐ Burn Out (épuisement)

☐ Trouble anxieux réactionnel

☐ Trouble de l'humeur réactionnel

☐ Trouble post traumatique

☐ Autre(s) préciser :

Depuis l'apparition du/des trouble(s), quel(s) soin(s) ont été mis en œuvre ? (Préciser)

Psychologue ☐ Non

☐ Oui

depuis le :

Psychiatre ☐ Non

☐ Oui

depuis le :

Autre(s) préciser :

Thérapeute informé de la demande : ☐ Oui

☐ Non

Médicament psychotrope : ☐ Oui

☐ Non

Directives anticipées :

Le sujet des directives anticipées a déjà été abordé avec le patient : ☐ Oui ☐ Non

Le patient a déjà rédigé des directives anticipées : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Merci de nous joindre :

☐ Joindre le/les ordonnances en cours et à jour

☐ Un résultat d'ECG

☐ Un examen biologique de moins de 6 mois comportant : NFP, iono avec créatinine, CRP, Bilan glycémique, EAL, bilan hépatique, bilan thyroïdien, CDT si besoin

Ceci afin d'être conforme aux exigences de la Haute autorité de Santé

FICHE à remplir - DEMANDE DE SOINS

COMMENTAIRE LIBRE / POINT IMPORTANT A SPECIFIER

✚ **INFORMATION MPORTANTE :** En remplissant cette fiche, votre patient vous a donné son accord pour la saisie, le traitement et la conservation de données personnelles à usage strictement médical conformément à la réglementation en vigueur (RGPD 2026).

Merci pour votre temps. Nous nous engageons à vous répondre dans le meilleur délai

Equipe médico administrative de Psy Pro Lyon