



Vous souhaitez adresser un de vos patients pour un avis concernant une admission à l'Hôpital de jour de PsyPRO Grenoble. Afin de donner la suite la mieux adaptée à votre demande, **merci de compléter précisément TOUTES les parties de ce formulaire** en tant que médecin adresseur et de la retourner par messagerie sécurisée à secretariat-psypro-grenoble.fr ou par courrier postal ou à confier à votre patient.

Nom du Médecin adresseur :

Spécialité :

Tampon :

Date de la demande :

✉ :

☎ :

@

COORDONNEES ET INFORMATIONS PATIENT

Monsieur Madame

Nom usuel :

Nom de naissance :

Prénom :

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

Adresse :

☎ Domicile :

☎ Portable :

@

Situation familiale :

Catégorie socio-professionnelle : Cadre
 Technicien
 Soignant

Profession :

En activité ou au chômage

En arrêt de travail

Date de l'arrêt de travail initial.....

Date de l'arrêt de travail en cours.....

SOINS EN COURS

Médecin généraliste :

Psychologue :

Médecin psychiatre :

Autre professionnel :

OBJET DE LA DEMANDE

Situation urgente Oui Non

Si oui, motif :

INFORMATIONS MEDICALES¹

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

- **Antécédents psychiatriques personnels et familiaux :**

Antécédents médicaux

Autres ATCD Médicaux :

ATCD cardio-vasculaires :

Facteurs de risques thrombo-Emboliques :

Troubles gastro-Intestinaux :

Troubles de déglutition :

ATCD Chirurgicaux :

ATCD Familiaux :

Obstétrique : La patiente est-elle enceinte ?

- **Éléments biographiques personnels :**
- **Éléments professionnels :**

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

- **Historique de prise en charge en psychiatrie :**

- **Traitements actuels complets historiques et traitements psychotropes :**

Molécule	Posologie	Date d'introduction

En cas de traitement médicamenteux indiqué mais refusé par la personne, merci de l'inscrire explicitement ainsi que le motif :

- **Ressources du patient et motivation :**

- **Autres éléments qui vous sembleraient nécessaires à nous préciser :**

Certificat d'aptitude ou non à la pratique du sport :

- Le ou la patiente ne présente pas de contre-indication à la pratique du sport
Ou
- Il (elle) présente la contre-indication suivante à la pratique de l'activité physique :

Examen pratiqué le/...../ 20.....

NOM PRENOM du médecin :

Signature :

Tampon :

Merci de nous joindre :

- **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



CADRE RESERVE A PSYPRO - DECISIONS

Y Situation urgente

1 - A réception de la demande écrite

Y Pré admission

RDV le :

Avec le Dr :

Y Refus

Motif :

2- Suite de la consultation pré admission

Y Admission

RDV le :

Avec le Dr :

Y Réorientation

Motif :