

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

- ☐ MB
☐ MF
☐ MV

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 :

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

- ☐ MB
- ☐ MF
- ☐ MV

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.

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

- ☐ MB
☐ MF
☐ MV

- **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 de l'activité physique adaptée
Ou

☐ Il (elle) présente la contre-indication suivante à la pratique de l'activité physique adaptée :

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

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

- ☐ MB
☐ MF
☐ MV

CADRE RESERVE A PSYPRO - DECISIONS		
1 - A réception de la demande écrite		
ACCORD	REFUS	
<input type="checkbox"/> Demande de mise sous traitement	<input type="checkbox"/> Demande de mise en place de traitement et refaire demande	
<input type="checkbox"/> Demande de mise en place de suivi extérieur	<input type="checkbox"/> Réorientation	
<input type="checkbox"/> Maintien de mise sous traitement	<input type="checkbox"/> Patient Actif	
<input type="checkbox"/> Maintien de mise en place de suivi extérieur	<input type="checkbox"/> Demande incomplète	
	<input type="checkbox"/> Demande non adaptée avec la spécialité du travail	
	<input type="checkbox"/> Autre	
1 - A réception de la demande écrite		
<input type="checkbox"/> Situation urgente		
<input type="checkbox"/> Pré admission		
RDV le :	Avec le Dr :	
2- Suite de la consultation pré admission		
<input type="checkbox"/> Admission	RDV le :	Avec le Dr :
<input type="checkbox"/> Réorientation	Motif :	