

# 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 au secrétariat médical à l'adresse suivante :

<https://bluefiles.com/gie-santea/secretariat-medical-psypro-grenoble>



- ou par courrier postal
- ou la 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 : .....

MB MF MV**INFORMATIONS MEDICALES<sup>1</sup>**

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

<sup>1</sup> Ces données confidentielles nous permettront d'orienter au mieux le patient.

- MB
- MF
- MV

• **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 :**
  
- **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

**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

- MB
- MF
- MV

CADRE RESERVE A PSYPRO - DECISIONS		
<b>1 - A réception de la demande écrite</b>		
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	
<b>1 - A réception de la demande écrite</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Situation urgente</b>		
<input type="checkbox"/> Pré admission		
RDV le :	Avec le Dr :	
<b>2- Suite de la consultation pré admission</b>		
<input type="checkbox"/> Admission	RDV le :	Avec le Dr :
<input type="checkbox"/> Réorientation	Motif :	