

PsyPro Lille

37 rue Denis Papin

59650 Villeneuve d'Ascq

Tél : 03 62 26 47 00

Document à retourner au secrétariat de l'établissement via MSS ou courrier postal.

À _____, le 29/04/2026

Objet: Formulaire à remplir par un médecin somaticien (Médecin généraliste, Cardiologue, Neurologue, etc., HORS PSYCHIATRE) pour le suivi somatique du patient

Je soussigné, Dr....., Docteur en médecine, certifie avoir examiné Monsieur / Madame (rayer la mention inutile)

.....

Né(e) le/...../.....

Examen clinique

Taille :

Poids :

Périmètre Abdominal :

TA :

Informations médicales

Allergies :

ATCD cardio-vasculaires :

Facteurs de risques thrombo-Emboliques :

Autres ATCD Médicaux :

ATCD Chirurgicaux :

ATCD Psychiatriques :

ATCD Familiaux :

Obstétrique : la patiente est-elle enceinte ? Oui Non

Si oui, date des dernières règles : / /

Date prévisionnelle d'accouchement : / /

Pathologie en cours

Troubles gastro-Intestinaux :

Troubles de déglutition :

TRAITEMENTS ACTUELS :

Molécule	Posologie	Date d'introduction

Bilan sanguin glycémique : Oui Non

Bilan sanguin lipidique : Oui Non

ECG fait : Oui Non

Si oui, merci de nous joindre les résultats d'examens.

Résultat de l'examen somatique :

Certificat d'aptitude à la pratique du sport :

Le ou la patiente ne présente pas de contre-indication à la pratique du sport

OU

Il ou elle présente la contre-indication suivante à la pratique de l'activité physique :

Examen pratiqué le/...../ 20.....

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

Nom prénom du médecin

Signature

Tampon