

# DEMANDE D'ADMISSION OU DE CONSULTATION

Vous souhaitez adresser un de vos patients pour une consultation ou une admission à l'Hôpital de jour du CAPA. Afin de donner la suite la mieux adaptée à votre demande, nous vous remercions de remplir cette fiche en tant que médecin traitant et de la retourner par mail à [secmed@capa-annecy.fr](mailto:secmed@capa-annecy.fr) ou la confier à votre patient.

**Les contre-indications sont les suivantes : les situations de crise, le risque suicidaire, les patients non compliant, délirants ou dissociés, ou qui ne sont pas en mesure de supporter une psychothérapie de groupe.**

Nom du Médecin ADRESSEUR :	Spécialité :
✉ :	
☎ :	
.....@.....	

## COORDONNEES ET INFORMATIONS PATIENT

Nom usuel :	Nom de naissance :	Prénom :
Date de naissance :		
Adresse :		
☎ Domicile :	☎ Portable :	
.....@.....		
Situation familiale :		
Profession : <input type="checkbox"/> En activité	<input type="checkbox"/> En arrêt de travail depuis le	
<input type="checkbox"/> Maladie professionnelle	<input type="checkbox"/> Accident du travail, date :	
Soins en cours :		
Médecin généraliste :	Psychologue :	
Médecin psychiatre :	Autres professionnels :	

**OBJET DE LA DEMANDE**

<input type="checkbox"/> Demande d'un avis	<input type="checkbox"/> Demande prise en charge HDJ
--	--

## 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/ ou familiaux :**

**Antécédents somatiques personnels et familiaux :**

**Présence d'idées suicidaires, gestes suicidaires récents :**

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

# DEMANDE D'ADMISSION OU DE CONSULTATION

**Situation professionnelle problématique :**

**Éléments biographiques importants :**

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

**Traitements actuels :**

Molécule	Posologie	Date d'introduction

**Ressources du patient et motivation :**

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

## CADRE RESERVE A CAPA - DECISIONS

### Situation urgente

Pré admission

#### 1 - A réception de la demande écrite

RDV le :

Avec le DR :

Admission directe

RDV le :

Avec le DR :

Refus

Motif(s) :

#### 2- Suite de la consultation pré admission

Admission

RDV le :

Avec le DR :

Suivi en consultation externe

RDV le :

Avec le DR :

Réorientation

Motif(s) :