

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX PROGRAMME DE PSYCHIATRIE

Chère Consœur, Cher Confrère,

Pour nous permettre de mieux apprécier l'adéquation entre les besoins de votre patient et l'offre de soins de notre programme, nous vous prions de bien vouloir remplir ce formulaire et le transmettre au bureau des admissions.

Veillez recevoir nos meilleures salutations.

Dr N. Schneider, Responsable du programme de psychiatrie

Nom du médecin envoyeur :

Téléphone :

Heure de préférence :

Nom et prénom du/de la patient(e) :

Né(e) le :

Nom et classe de l'assurance :

Téléphone :

Adresse :

Mode de vie actuel : seul, colocation, en couple, en famille, SDF

Situation sociale : employé, chômage, AI/AVS, aide sociale, autre

Merci d'écrire dans l'espace prévu à cet effet et de ne pas dépasser les cases, une case « Autres informations » est disponible en cas de besoin.

Motif de la demande :

Antécédents psychiatriques (+ antécédents toxiques éventuellement) :

Comorbidités (antécédents somatiques) :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX PROGRAMME DE PSYCHIATRIE

Allergies alimentaires:

Symptomatologie clinique actuelle - contexte:

Troubles: phobies cognitifs comportementaux alimentaires moteurs autres

Traitement en cours:

But du séjour:

Soins somatiques particuliers à prévoir (exemple : examens, médications, appareillage, etc.):

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX PROGRAMME DE PSYCHIATRIE

Autres prestations extraforfaitaires à prévoir (nécessitant parfois l'avis de l'assurance):

Projet de soins envisagé après la sortie (EMS, structure de jour, aides au domicile):

Autres informations :

Pour tout renseignement administratif, veuillez contacter le bureau des admissions au 022 / 999 80 10

Signature du médecin :

Date :