

(A remplir de façon détaillée par le médecin traitant ou le psychiatre adresseur)

1) Coordonnées du patient :

- Nom du patient (y compris nom de naissance) :
- Prénom :
- Date de naissance :
- Situation familiale :
- Adresse :
- Téléphone :
- Mail :
- N° de Sécurité Sociale :
- Coordonnées de mutuelle (joindre photocopie de la carte) :
- Situation professionnelle :

2) Etat clinique psychiatrique :

- Symptomatologie actuelle :

.....
.....

- IDS :

☐ Oui ☐ Non

- Motif de la demande :

.....
.....

- Antécédents psychiatriques :

.....
.....

- Conduites addictives :

- ☐ Tabac ☐ Autres :
- ☐ Alcool ☐ Toxiques

- Traitement en cours (joindre la dernière ordonnance) :

.....
.....

- Suivi ambulatoire extérieur :

☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez :

.....

3) Etat clinique somatique :

- Antécédents somatiques (joindre un certificat médical de non contre-indication du médecin traitant aux activités physiques)

- **Autonomie :** ☐ Oui ☐ Non

Si non, précisez :

- **Surveillance médicale accrue :** ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez :

- **Troubles cognitifs :** ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez :

- **Allergies :** ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez :

4) Identification du médecin adresseur :

☐ Médecin ☐ Psychiatre

Nom :

Adresse complète :

Téléphone :

Fax :

Mail :

5) Documents à fournir :

- Dossier d'admission dûment rempli par le médecin ou le psychiatre adresseur,
- Certificat médical du médecin traitant précisant : - l'état somatique actuel / non contre-indication aux activités physiques,
- Lettre de motivation du patient,
- Bilan sanguin récent (datant de moins d'un mois) comprenant :
 - NFS, TSH ;
 - Glycémie, Hb Glycquée (si diabète) ;
 - Transaminases, Gamma GT ;
 - Ionogramme sanguin, Urée et Créatinine.

Date de la demande :

Signature et cachet du praticien :