

FICHE DE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE HÔPITAL DE JOUR

Date réception :

..... /

Demande effectuée par (coordonnées médecin) :

Date :

!! Merci de compléter ce document lisiblement !!

NOM :

Prénom :

Nom de naissance :

Né(e) le : à :

Adresse :

Tél. :

ALD : ☐ Oui ☐ Non

Médecin Traitant : Tél. /courriel :

Psychiatre Traitant : Tél. /courriel :

☐ DÉPRESSION
☐ BIPOLARITÉ
☐ TROUBLE BORDERLINE
☐ SECTEUR CHU

Antécédents PSYCHIATRIQUES personnels :

[illegible]

Antécédents PSYCHIATRIQUES familiaux :

.....

.....

.....

.....

.....

Antécédents SOMATIQUES personnels et familiaux :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Éléments biographiques importants :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Synthèse de la situation clinique du patient :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Historique pharmacologique :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Traitement actuel et posologie :

Molécule	Posologie	Date d'introduction

Toutes informations qui vous sembleraient nécessaires : (joindre comptes rendus, bilans neuropsychologiques, biologie, imagerie...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....