

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX PROGRAMME DE PSYCHIATRIE

**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 B. Davy, 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

Motif de la demande :

Antécédents psychiatriques (+ antécédents toxiques éventuellement) :

Comorbidités (antécédents somatiques) :

Allergies alimentaires :

Symptomatologie clinique actuelle - contexte :

Troubles : phobies cognitifs comportementaux alimentaires moteurs autres

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX PROGRAMME DE PSYCHIATRIE

Traitement en cours :

But du séjour :

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

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 65 50**

Signature du médecin :

Date :