

Nom :

Prénom :

Motif Thérapeutique

- | | |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Troubles de l'humeur | <input type="checkbox"/> Troubles anxieux |
| <input type="checkbox"/> Schizophrénie, autres troubles psychotiques | <input type="checkbox"/> Troubles de la personnalité |
| <input type="checkbox"/> Troubles liés à une substance, préciser : | <input type="checkbox"/> Épuisement professionnel (burn-out) |
| <input type="checkbox"/> Troubles des conduites alimentaires | <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil |
| <input type="checkbox"/> Autre : | |

Troubles du comportement (agressivité...) : Oui Non Lesquels :

Idées suicidaires : Oui Non Commentaires :

Consommation de toxiques : Oui Non Lesquels :

Antécédents somatiques :

Antécédents psychiatriques :

Histoire de la maladie :

État clinique psychique actuel :

État clinique somatique actuel :

Traitements en cours (somatique & psychiatrique) (*Merci de joindre la dernière prescription par fax / par mail*) :

Poids : Taille :

Appareillage : Oui Non Si oui, préciser :

Autonomie Mobilité réduite : Commentaires :

Allergies : Oui Non Si oui, préciser :

Suivi ambulatoire extérieur : Oui Non Si oui, avec qui :

Logement : Oui Non Commentaires :

Date souhaitée d'arrivée : |_| |_| |_| |_| | Date de la demande : |_| |_| |_| |_|

Cachet du médecin :

*Obligatoire si envoi par fax/courrier.
Facultatif si envoi par adresse mail du médecin.*

ENVOYER VOTRE DEMANDE

Coordonnées du Secrétariat Médical
Tél : 01 41 22 98 88 • Fax : 01 41 22 98 80
E-mail : admission.montevideo@orpea.net