



Nom :

Prénom :

**Motif Thérapeutique**

- Troubles de l'humeur
- Schizophrénie, autres troubles psychotiques
- Troubles liés à une substance, préciser :
- Troubles des conduites alimentaires
- Autre :
- Troubles du comportement (agressivité...) :  Oui  Non Lesquels :
- Idées suicidaires :  Oui  Non Commentaires :
- Consommation de toxiques :  Oui  Non Lesquels :
- Troubles anxieux
- Troubles de la personnalité
- Épuisement professionnel (burn-out)
- Troubles du sommeil

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 :  Oui  Non Si oui, préciser :
- Appareillage :  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 : 04 50 10 52 34 • Fax : 04 50 10 52 21  
E-mail : sevrier@orpea.net