

FICHE DE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE
Centre de Réhabilitation Psychosociale Ophélie

Formulaire à compléter puis à adresser

Par fax au : 03 26 22 02 29

Par courrier ou par mail : secretariat.ophelie@epsm-marne.fr

Nous vous recontacterons après réception de la demande.

Nom : **Prénom :**

Date de naissance : ____/____/____

Niveau scolaire :

.....

Adresse :

Téléphone de l'utilisateur : ____/____/____/____/____

Médecin demandeur :

Psychiatre référent :

Médecin traitant :

Autres professionnels :

Autres suivis :

Mesure de protection :

ALD :

Patient actuellement hospitalisé : Oui Non
Oui Non

Si oui, merci de préciser Soins sans consentement :

Ou soin libre : Oui

Non

Patient suivi en ambulatoire : Oui Non
Oui Non

Si oui, merci de préciser le Parcours de Soins :

Diagnostic :

Celui-ci a-t-il été donné à l'utilisateur (ère)

Date de début des troubles :

Tableau clinique actuel :

.....
.....
.....

Traitement en cours :

.....
.....
.....

Effets secondaires :

.....
.....
.....
.....

Motifs de la demande des soins en Réhabilitation Psychosociale (ou soignant)

.....
.....
.....

Les attentes de l'utilisateur :

.....
.....
.....

Informations données et accord de la personne concernant la demande : Oui Non

.....
.....
.....

Autres éléments jugés importants :

.....
.....
.....

Date : ____/____/____

Signature :