

Coordonnées du patient :

NOM : _____ Prénom : _____ DDN : ____ / ____ / ____

Adresse : _____

Téléphone : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

Mail : _____ @ _____ . ____

Personne à prévenir en cas de besoin : _____

Médecin adresseur :

NOM Prénom : _____

Coordonnées : _____

Médecin traitant : _____

Coordonnées : _____

Motif principal d'adressage :

Antécédents disponibles

➤ Psychiatriques :

➤ Historique des traitements :

➤ Addictologiques :

➤ Somatiques :

➤ Imagerie :	Oui	Type, date et conclusions :	Non	Ne sais pas
--------------	-----	-----------------------------	-----	-------------

➤ Familiaux :

Eléments cliniques principaux :

Traitements actuels :

IMPORTANT

Merci de nous joindre les documents en votre possession : bilan biologique récent, compte-rendu d'hospitalisation, examen d'imagerie, bilan neuropsychologique et/ou orthophonique ...
(ou de demander au patient de venir avec son dossier médical)

Date :

Signature :