



DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

COORDONNÉES DU PATIENT

Nom :

Prénom :

Né(e) le : Tél :

Adresse :

Mail :

Tél : 05 59 55 34 34 • hospital-jour@cliniquedamade.fr

Date de la demande :

Psychiatre adresseur	Psychiatre traitant
Généraliste	Autres intervenants

ORIENTATION DEMANDÉE

- Activité thérapeutique de réhabilitation
- Psychiatrie du sujet âgé
 - Bilan neuropsychologique et psychomotricité
 - Évaluation psychiatrique diagnostique et thérapeutique
 - Atelier stimulation cognitive et motricité
- Addictologie
- Violences conjugales
- RTMS
 - Dépression
 - Addiction
 - Trouble anxieux
 - ESPT
- Groupes spécifiques / Éducation thérapeutique
 - Gestion des émotions
 - Psychoéducation trouble bipolaire
 - MBCT
 - Trouble anxieux
 - Trouble du sommeil
 - Trauma
 - Épuisement professionnel

Motif de la demande

Diagnostic principal

Diagnostics associés

Traitement