

<b>INFORMATIONS ADRESSEUR :</b> Médecin adresseur : Psychiatre référent : Médecin généraliste référent :	<b>DATE DE LA DEMANDE :</b>
---	-----------------------------

<b>IDENTITE DU PATIENT :</b> Nom : Prénom : Date de naissance : Sexe : N° SS :	Téléphone : Tel. Portable : Adresse :  Type d'hébergement : <i>(Privé, institution, domicile parental, etc.)</i>
---	---

<b>Diagnostic / Histoire de la maladie / Traitements : (à remplir par le médecin demandeur)</b>

<b>Connaissance de la pathologie et des symptômes / Observance des traitements : (à remplir par le médecin demandeur)</b>

<b>Motivations / Projet : (à faire remplir par le patient)</b>

<b>Accusé de réception : (cadre réservé à l'équipe de Réhabilitation psychosociale)</b>
Date de réception de la demande : .....
Demande reçue par : .....