

Demande d'orientation médicale Filière RPS

Patient

NOM, Prénom ou NIP

Date de naissance

Adresse:

(à compléter si patient non adressé
depuis l'EPSM du Finistère Sud)

Téléphone :

(à compléter si patient non adressé
depuis l'EPSM du Finistère Sud)

Médecin adressant le patient

Nom et coordonnées

Suivi actuel

Médecin psychiatre référent (nom
et coordonnées, si différent du
médecin demandeur)

Histoire de la maladie

Diagnostic psychiatrique
si celui-ci est posé

Histoire des troubles

Le patient est il
dans une période
de stabilité clinique ?

☐ oui ☐ non
Si oui depuis combien de temps ?

Symptômes
actuels
associés

• Troubles sévères du comportement (précisez):

• Conduites suicidaires:

• Addictions (précisez):

Traitement

• Traitement actuel (ou copie des ordonnances)

• Le traitement a-t-il été modifié durant les 3 derniers mois ?
☐ oui ☐ non

Autres antécédents
médicaux
ou chirurgicaux

Projet de soins

expliquez brièvement ce qui amène la demande
actuelle

Pour connaître en détail les programmes thérapeutiques au CRePS, rendez-vous sur le site internet.

Date:

Cachet et signature