**Fiche de demande de RENDEZ-VOUS**

**A retourner à : heh.secretariatcrp@chu-lyon.fr**

**N.B LES DEMANDES MANUSCRITES NE SERONT PAS PRISES EN COMPTE**

**Demande effectuée par :**

[ ]  Médecin traitant [ ]  Psychiatre [ ]  Psychologue [ ]  Autre :

Nom du professionnel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Tél : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Mail : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de la demande : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**PATIENT(E) :**

[ ]  **Madame** [ ]  **Monsieur** Identité de genre :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Nom :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Prénom :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Date de naissance :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**Courriel\* :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.**\*obligatoire car le patient peut être contacter par mail**

Tél : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Médecin traitant : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Tél/courriel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Psychiatre traitant (le cas échéant) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Tél/courriel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Evènement psychotraumatique motivant la demande :**

Date  de l’ évènement : / / [ ]  < 1 an [ ]  > 1 an

## **Antécédents PSYCHIATRIQUES personnels et consommation de TOXIQUES :**

## **Antécédents PSYCHIATRIQUES familiaux :**

## **Antécédents SOMATIQUES personnels :**

**Eléments biographiques importants ; évènements de vie à potentiel traumatique antérieurs :**

**Emploi actuel, famille, ressources (soutien des proches, activités…) :**

**Synthèse des symptômes actuels du patient :**

## **Historique des prises en charge (le cas échéant) :**

## **Traitement actuel et posologie :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Molécule** | **Posologie** | **Date d’introduction** |
|  |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |