

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

(à remplir par le médecin psychiatre)

Ce document n'a pas la vocation de vous demander de trahir le secret médical, ce que nous comprenons et respectons.

Nous souhaitons uniquement avoir des informations qui nous permettront d'aider au mieux votre patient dans sa démarche de réhabilitation professionnelle.

Notre établissement montre chaque jour qu'une approche psychosociale bien menée, en complément du traitement médical, minimise le risque de rechute, améliore de façon significative l'adaptation sociale et donc la qualité de vie des patients.

Nous croyons en une mutualisation de l'accompagnement.

*Sachez que les informations que vous nous transmettez seront accessibles uniquement par le Directeur d'établissement et le Chef de service.
Elles vont nous permettre d'adapter individuellement notre approche et notre accompagnement.*

INFORMATIONS CONCERNANT LE MEDECIN PSYCHIATRE

Nom du médecin psychiatre : _____

Vous exercez : en ville en établissement *merci de préciser* : _____
en ville **et** en établissement *merci de préciser* : _____

Adresse : _____

Téléphone fixe : _____ Téléphone portable : _____

Merci de préciser ci dessous la personne (*vous-même, infirmier référent, chef de service, autre*) à contacter en cas de besoins (*urgences, suivi régulier*)

Nom : _____ Fonction : _____ Téléphone : _____

INFORMATIONS CONCERNANT VOTRE PATIENT

Nom du patient : _____ Vous suivez cette personne depuis le : _____

Date de début de son affection : _____

Le diagnostic concernant votre patient est :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schizophrénie | <input type="checkbox"/> Trouble bipolaire I |
| <input type="checkbox"/> Trouble schizo affectif | <input type="checkbox"/> Trouble bipolaire II |
| <input type="checkbox"/> Trouble psychotique non spécifié | <input type="checkbox"/> Autre diagnostic (<i>dépression, border line, ...</i>) |

Précisions que vous jugez utiles : _____

A-t-il été hospitalisé ? Oui Non

Tableau de ses hospitalisations (*informations utilisées uniquement en cas de rupture de prise en charge ou d'hospitalisation d'urgence*)

Date d'entrée	Etablissement	Psychiatre référent	Date de sortie

Est il stabilisé ou pas ? Oui Non *Précisions que vous jugez utiles* : _____

Traitement actuel et posologie de votre patient (*ces informations ne seront utilisées qu'au cas où les pompiers auraient à intervenir auprès de votre patient dans le cadre du travail*) : _____

Qu'est ce que le travail peut apporter selon vous à votre patient ? : _____

SIGNATURE

CACHET

DATE