



ADRESSAGE REPONSE PSY

à envoyer à secretariat_reponsepsy@ch-perrens.fr



IDENTITE DU PATIENT

NOM : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone : E-mail :

IDENTITE DU MEDECIN ADRESSEUR

NOM :

Adresse :

Téléphone : Email :

Pour quelle raison sollicitez-vous REPONSE PSY pour ce patient ?

Quelles réponses en attendez-vous ?



INFORMATIONS NECESSAIRES POUR L'ÉVALUATION PAR REPONSE PSY

Antécédents médico-chirurgicaux (dont allergie) :

Antécédents addictologiques :

Antécédent de tentative de suicide : OUI / NON

Antécédent d'exposition à une situation de violences : OUI / NON

Antécédents familiaux :

Histoire psychiatrique :

- Antécédent de suivi psychologique : OUI / NON
- Antécédent de prise en charge psychiatrique : OUI / NON
 - Si OUI, merci de bien vouloir préciser :
 - Date de début et de fin de suivi (même approximatif / année) :
 - Pour quelle raison ?

Traitement actuel somatique & psychiatrique :

Traitement psychotrope prescrit antérieurement :

Merci de remplir le tableau si dessous, selon les informations dont vous avez connaissance :

Molécule	Date d'introduction	Posologie maximale	Date d'arrêt	Motif d'arrêt (mauvaise tolérance, non efficacité...)

Examen(s) complémentaire(s) déjà réalisé(s) (biologie, imagerie, MMS...) :

