



PSYPRO METZ

11 bis rue Saussaie en mi-terre

57 130 JOUY- AUX- ARCHES

03 72 51 08 30

# DEMANDE D'ADMISSION OU DE CONSULTATION

Vous souhaitez adresser un de vos patients pour une consultation ou une admission à l'Hôpital de jour de PsyPro METZ. Nous vous remercions de remplir cette fiche en tant que médecin traitant et de la retourner par mail à : [secmed@psypro-metz.fr](mailto:secmed@psypro-metz.fr) ou par fax au 03-72-51-08-39 ou à confier à votre patient.

**Les contre-indications sont les suivantes : les situations de crise, le risque suicidaire, les patients non compliant, délirants ou dissociés, ou qui ne sont pas en mesure de supporter une psychothérapie de groupe.**

Nom du Médecin ADRESSEUR :	Spécialité :
✉ :	
☎ :	
.....@.....	

## COORDONNEES ET INFORMATIONS PATIENT

Nom usuel :	Nom de naissance :	Prénom :
Date de naissance :		
Adresse :		
☎ Domicile :	☎ Portable :	
.....@.....		
Situation familiale :		
Profession : <input type="checkbox"/> En activité <input type="checkbox"/> En arrêt de travail depuis le		
<input type="checkbox"/> Maladie professionnelle <input type="checkbox"/> Accident du travail, date :		
Suivi médical :		
Médecin généraliste :		Psychologue :
Médecin psychiatre :		
<b>OBJET DE LA DEMANDE</b>		
<input type="checkbox"/> Demande d'un avis		<input type="checkbox"/> Demande prise en charge HDJ



PSYPRO METZ

11 bis rue Saussaie en mi-terre

57 130 JOUY- AUX- ARCHES

03 72 51 08 30

# DEMANDE D'ADMISSION OU DE CONSULTATION

## INFORMATIONS MEDICALES<sup>1</sup>

**Motif de la demande** : (principaux problèmes nécessitant une prise en charge spécialisée dans la souffrance au travail en HDJ, élément déclenchant), hypothèses diagnostiques et synthèse de la situation clinique du patient :

**Antécédents psychiatriques personnels et/ ou familiaux (dont addictions):**

**Antécédents somatiques personnels et familiaux :**

**Présence d'idées suicidaires, gestes suicidaires récents :**

---

<sup>1</sup> Ces données confidentielles nous permettront d'orienter au mieux le patient.



PSYPRO METZ

11 bis rue Saussaie en mi-terre

57 130 JOUY- AUX- ARCHES

03 72 51 08 30

# DEMANDE D'ADMISSION OU DE CONSULTATION

**Situation professionnelle problématique :**

**Éléments biographiques importants :**

**Historique de prise en charge en psychiatrie :**

**Traitements actuels :**

Molécule	Posologie	Date d'introduction

**Ressources du patient et motivation :**

**Autres éléments qui vous sembleraient nécessaires à nous préciser :**



PSYPRO METZ

11 bis rue Saussaie en mi-terre

57 130 JOUY- AUX- ARCHES

03 72 51 08 30

# DEMANDE D'ADMISSION OU DE CONSULTATION

## CADRE RESERVE A PSYPRO - DECISIONS

### Situation urgente

- |  |            |              |
|--|------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> Pré admission     | RDV le :   | Avec le DR : |
| <input type="checkbox"/> Admission directe | RDV le :   | Avec le DR : |
| <input type="checkbox"/> Refus             | Motif(s) : |              |

### 2- Suite de la consultation pré admission

- |  |            |              |
|--|------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> Admission                     | RDV le :   | Avec le DR : |
| <input type="checkbox"/> Suivi en consultation externe | RDV le :   | Avec le DR : |
| <input type="checkbox"/> Réorientation                 | Motif(s) : |              |