





# CONFIDENTIELS

## Motif Thérapeutique

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Troubles de l'humeur                        | <input type="checkbox"/> Troubles anxieux                    |
| <input type="checkbox"/> Schizophrénie, autres troubles psychotiques | <input type="checkbox"/> Troubles de la personnalité         |
| <input type="checkbox"/> Troubles liés à une substance, préciser :   | <input type="checkbox"/> Épuisement professionnel (burn-out) |
| <input type="checkbox"/> Troubles des conduites alimentaires         | <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil                 |
| <input type="checkbox"/> Autre :                                     |  |

Troubles du comportement (agressivité...) :  Oui  Non Lesquels :  
Idées suicidaires :  Oui  Non Commentaires :  
Consommation de toxiques :  Oui  Non Lesquels :

Antécédents somatiques :

Antécédents psychiatriques :

Histoire de la maladie :

État clinique psychique actuel :

État clinique somatique actuel :

Traitements en cours (somatique & psychiatrique) *(Merci de joindre la dernière prescription par fax / par mail) :*

Poids : Taille :  
Appareillage :  Oui  Non Si oui, préciser :  
Autonomie  Mobilité réduite :  Commentaires :  
Allergies :  Oui  Non Si oui, préciser :  
Suivi ambulatoire extérieur :  Oui  Non Si oui, avec qui :  
Hébergement stable :  Oui  Non Commentaires :

Date souhaitée d'arrivée : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_| Date de la demande : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

**Cachet du médecin :**  
*Obligatoire si envoi par fax/courrier.  
Facultatif si envoi par adresse mail du médecin.*

**ENVOYER VOTRE DEMANDE**

**Coordonnées du Secrétariat Médical**  
Tél : 04 50 13 20 20 • Fax : 04 50 13 21 99  
E-mail : [semed.chatillon@emeis.com](mailto:semed.chatillon@emeis.com)