

Date de la demande :

Demande urgente (si oui, doit être discuté avec un thérapeute du centre)

Formulaire de demande de consultation Centre Ados Riviera

Demandeur

NOM :

Prénom :

Fonction :

Institution :

Téléphone:

Adresse e-mail :

Consultation(s) : Générale Santé sexuelle Psychologique / pédopsychiatrique

Trouble alimentaire * Ergothérapie (merci de joindre l'ordonnance)

Demande de : Concilium¹ Co-suivi² Reprise de suivi³

1. Concilium: 3-4 séances d'évaluation au CAR puis retour vers le médecin de premier recours avec des propositions de prise en charge

2. Co-Suivi: le médecin de premier recours continue le suivi général et le CAR s'occupe d'une problématique spécifique

3. Reprise de suivi: pour les patients n'ayant pas/plus de médecin de premier recours ou thérapeute de première ligne

Patient

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Prénom souhaité :

Téléphone patient :

Institution :

Adresse postale complète :

Adresse e-mail :

Autorité parentale :

Assurance (LAMal, AI, LAA) :

Ass. complémentaire :

Médecin traitant (doit être au courant et approuver le suivi au Centre Ados Riviera) Pas de médecin

NOM :

Prénom :

Téléphone :

E-mail :

Psychothérapeute (doit être au courant et approuver le suivi au Centre Ados Riviera) Pas de psy

NOM :

Prénom :

Fonction : Psychiatre Psychologue Psychothérapeute

Téléphone :

E-mail :

Autres intervenants (assistant social, éducateur, etc.)

Motif de consultation :

Merci de joindre, si disponibles, les courbes de croissance, une copie du carnet de vaccination et tout autre document pouvant nous être utile.

*Pour les troubles alimentaires, merci de nous transmettre obligatoirement les derniers poids et taille ainsi que les courbes de croissance.

Réservé au CAR :

Date de réception :