

Date de la demande : _____

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

Formulaire de demande de consultation générale au Centre Ados Riviera

DEMANDEUR

Nom : _____ **Prénom :** _____

Fonction : _____ **Institution :** _____

Téléphone : _____ **E-mail :** _____

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 : _____ **Téléphone représentant légal :** _____

Adresse postale complète : _____

Adresse e-mail : _____

Autorité parentale : _____

Assurance (LAMal, AI, LAA) : _____ **Ass. complémentaire :** _____

Si patient mineur : parents au courant de la demande : Oui Non, expliquer la raison :

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

Nom : _____ **Prénom :** _____

Téléphone : _____ **E-mail :** _____

Autres intervenants (psychologue, assistant social, éducateur, etc.) Pas d'autre intervenant

