

FICHE DE DEMANDE CIP ET FILIERE REHAB'

Dans la mesure du possible, merci de remplir ce formulaire en version dactylographiée

Coordonnées du/de la patient.e :

Nom Prénom

Date de naissance : Téléphone :

Adresse postale :

Adresse e-mail :

Préférence pour être contacté pour la prise de rendez-vous : courrier par mail ou appel téléphonique

Médecin traitant :

Médecin adresseur et sa structure :

Nom et téléphone de la personne de confiance :

Type de demande : (cocher une case)

- Centre d'Intervention Précoce :
 - ☐ Consultation d'évaluation devant suspicion UHR (ultra haut risque de psychose ou bipolarité)
 - ☐ Consultation d'évaluation devant suspicion PEP (premier épisode psychotique)
 - ☐ Prise en charge d'une psychose débutante (moins de 5 ans) ou bipolarité (moins de 2 ans)
- Filière Réhab' :
 - ☐ Trouble schizophrénique (apparition supérieure à 5 ans)
 - ☐ Trouble bipolaire (apparition supérieure à 2 ans)
 - ☐ Trouble du spectre de l'autisme

Antécédents des soins (suivi psychiatrique, psychologique, bilan en orthophonie, psychomoteur ou ergothérapeute, traitements psychotropes prescrits) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Description clinique actuelle :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Soins actuels (médicamenteux et non médicamenteux) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pour une demande de prise en charge pour la filière réhab :

- Une annonce de diagnostic doit avoir été réalisée, le.la patient.e doit connaître le diagnostic posé
- Le.la patient.e bénéficie d'un psychiatre référent, la filière réhab' n'intervenant qu'en complément d'un suivi psychiatrique déjà mis en place.

Merci de joindre à votre demande les bilans déjà réalisés ou tout compte-rendu attestant d'un diagnostic ainsi que les examens sanguins, les imageries cérébrales ou les EEG réalisés dans ce contexte.

Attention un accord du.de la patient.e est obligatoire avant toute prise en charge :

Patient.e informé.e : oui non

Date :

Nom, structure et signature du médecin réalisant la demande :

Formulaire à envoyer par mail à :

secretariat.c2rb@chlcdijon.fr

Tél : 03.80.42.48.07 ou 03.80.42.55.08

Toute demande incomplète ne sera malheureusement pas traitée.

Merci de votre compréhension.

NOM :

Prénom :

Date de naissance :