

DEMANDE DE PRISE EN SOINS AMBULATOIRE

Service de psychiatrie adulte
Centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie intégrée (CAPPI)

Coordonnées du médecin adresseur

Nom: Prénom:
Date: Catégorie prof.:
Courriel: Téléphone:

Coordonnées du ou de la patiente

Nom: Prénom: Genre:
Adresse légale: Tél. privé:
Lieu de vie: Tél. proche:
Date de naissance: Assurance: N° d'assuré:

Informations à compléter par la ou le médecin adresseur (voir verso également)

Psychiatre traitant: non oui, lequel:
suivi en cours depuis le: rupture de suivi depuis le:
Médecin traitant: non oui, lequel:
Commentaires:

Demande: Urgente Semi-urgente Non urgente

Nationalité: Suisse Autre:	Langue parlée: Français Autre: Interprète, coordonnées:	Statut en Suisse: Passeport Suisse Permis séjour Requérant d'asile Autre:
---	---	---

Célibataire Marié ou mariée En couple Séparé ou séparée Divorcé ou divorcée Veuf ou veuve

Activité actuelle: Employé Sans activité Chômage depuis AI/OCPA depuis HG depuis

Arrêt de travail: Non Oui, nombre semaines: <1 semaine >1 semaine

Formation: Universitaire Apprentissage École obligatoire

Facteur(s) de crise actuel(s):

Anamnèse personnelle et familiale:

Diagnosics (CIM-10):

Troubles mentaux organiques (F00-09)

Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (F10-19)

Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants

Troubles de l'humeur (F30-39): unipolaire bipolaire

Troubles somatoformes (F40-48)

Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (F60-69)

Retard mental (F70.79)

Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (F90)

Autre:

Idéations noires: non oui

Scénarisées

Idéations suicidaires: non oui

Non scénarisées

Engagement: non oui

Potentiel suicidaire: élevé moyen faible nul

Antécédent hétéroagressif: non oui

Risque hétéroagressif actuel: non oui

Utilisation de toxiques (dépendances):

non oui: cannabis cocaïne héroïne tabac alcool autre:

Mesure(s): Curatelle PAFA suspendu Article: Autre:

Antécédents psychiatriques: non oui

Antécédents médicaux: non oui:

Ambulatoire: non oui

.....

Hospitalier: non oui

.....

Psychiatre privé: non oui

Medication avant l'admission:

Traitement somatique: non oui:

Traitement psychiatrique antérieur: non oui:

Consentement aux soins:

L'adresseur confirme avoir obtenu le consentement du patient ou patiente pour l'ouverture d'un dossier médical, dès ce jour

Le ou la patiente consent à l'ouverture d'un dossier médical, dès ce jour

Pour la prise en charge auprès d'un CAPPI

L'orientation vers un CAPPI est déterminée par le lieu de résidence, veuillez-vous référer à la liste d'attribution.

CAPPI Eaux-Vives
aeax@hug.ch

CAPPI Jonction
scpi@hug.ch

CAPPI Servette
scpp@hug.ch

Informations à compléter par CAPPI

Demande prise par (initiales): Date:

Transmise au Dr (initiales): Heure: N° DPA:

Décisions

Programme de soins: Pôle Crise Pôle Communautaire

Autre: