

DEMANDE DE PRISE EN SOINS UCPT (EX CAPPA)

<p>Patient / patiente</p> <p>Nom:</p> <p>Prénom:</p> <p>Date de naissance:</p> <p>Adresse:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Téléphone:</p>	<p>Medecin demandeur / demandeuse</p> <p>Nom:</p> <p>Courriel:</p> <p>Téléphone:</p> <p>Medecin traitant /traitante</p> <p>Nom:</p> <p>Courriel:</p> <p>Téléphone:</p>
<p>Caisse maladie:</p> <p>Mesure de Curatelle: Téléphone:</p>	
<p>Programme envisagé: Consultation Hôpital de jour Programme crise: Sans lit nuit Avec lit nuit</p> <p>Si patient/patiente hospitalisée, date de sortie:</p> <p>Motif de la demande:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Antécédents médicaux psychiatriques et somatiques:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Traitements actuels (posologie/jour – forme – fréquence):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Troubles cognitifs: Non Oui, date du bilan et type de trouble:</p> <p>Des soins à domicile sont-ils organisés? (de quel type et à quelle fréquence)</p> <p>.....</p> <p>Foyer de jour Vit seul ou seule</p>	
<p>Degré d'urgence</p> <p>Prise de contact avec le patient ou patiente dans les 10 jours pour agender un rdv</p> <p>Intervention souhaitée dans les 48h:</p> <p>(cette demande est soumise à une évaluation et une validation par un ou une cheffe de clinique de l'UCPT)</p>	

Merci de joindre les documents utiles à la prise en soins.