

Centre Ambulatoire de Crise
Equipe CICAH –
Bâtiment J
Avenue Albert Raimond 42270 ST-PRIEST EN JAREZ
Du lundi au vendredi : de 8H30 h à 16 h 00
Tél : 04.77.12.03.52
Fax : 04.77.82.85.75
cicah.crise@chu-st-etienne.fr

DEMANDE DE CONSULTATION CAC

Nom du médecin demandeur :

Tél : Fax :

Mail : Demande d'intervention en date du.....

Nom du patient:	Prénom:
Né(e) le	
Téléphone du Patient:	
Adresse du Patient:	
N°SS :	ALD :

Nom personne de confiance : Tel. :
.....

Lien de parenté :
.....
.....

Médecin traitant :
.....

Mesure de protection des biens : oui non

Si oui (curatelle, tutelle, nom organisme):

Exercée par :

AU 1^{ER} RDV MERCI D'APPORTER CES PHOTOCOPIES POUR LE BUREAU DES ENTREES

- *Pièce officielle d'identité (carte d'identité, passeport, carte de séjour, carte de résident, document de circulation)*
- *Attestation carte vitale à jour*
- *Attestation de mutuelle*
- *Justificatif de domicile de moins de trois mois ou carte grise*

Motifs de la demande :

Éléments d'observation de la situation :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nature des soins en cours : psychiatre extérieur à l'établissement s'il y en a ; traitements actuels : fréquences des entretiens et assiduité, nom du soignant (médecin, psychologue, paramédical)

.....

.....

.....

.....

.....

Antécédents d'hospitalisation en psychiatrie :

.....

.....

.....

.....

Éléments sociaux : profession, famille, entourage social :

.....

.....

.....

.....

.....

Remarques particulières :

.....

.....

.....

.....

Réservé au service CAC :

Référent médical CAC de la

PEC :

Date du premier rendez-vous :