**NOUVELLE DEMANDE**

 [ ]  **HOSP DE JOUR / CAP’Ado** [ ]  **EQUIPE MOBILE**

**Date de la demande :**

|  |
| --- |
|  |
| **IDENTITE PATIENT** |
| *Sexe* | : | [ ]  Homme [ ]  Femme |  |  |  |
| *Nom Prénom* | : |  | *Date de naissance* | : |  |
| *Adresse* | : |  |  |  |  |
| *Caisse Maladie* | : |  | *N° carte caisse maladie* | : |  |
| *N° AVS* | : |  |  |  |  |
| *Autorité parentale* | : | 1 parent / 2 parents / autre  | *Contact téléphonique* | : |  |
| *Nom Prénom Maman* | : |  | *N° portable, adresse* | : |  |
| *Nom Prénom Papa* | : |  | *N° portable, adresse* | : |  |
| *Mode admission pour patient*  | :  | [ ]  volontaire [ ]  non volontaire |
| *Mode admission pour* *Autorité parentale* | :  | [ ]  volontaire [ ]  non volontaire |
| **ADRESSE PAR** |
| *Toutes les coordonnées, y compris l’adresse e-mail :*  |
| *Motif de la demande*  | : |  |  |  |  |
| *Objectif thérapeutique du demandeur* | : |  |  |  |  |
| *Anamnèse actuelle brève* | : |  |  |  |  |
| *Antécédents médicaux/psychiatriques* | : |  |  |  |  |
| *Traitement actuel et allergies :*  | : |  |  |  |  |
| *Thérapeute ambulatoire* *Depuis quand* *Fréquence de suivi*  | : |  |  |  |  |
| *Situation scolaire**professionnelle* | : |  |
| *Intervenants externes avec contact téléphonique : OPE, foyer, APEA, curateur, autre* | : |  |  |  |  |
| *Si oui depuis quand et qui nominativement :*  | : |  |  |  |  |
| *Ressources )(activités, loisirs, autre)* |  : |  |
| *Remarques* |  |  |  |  |  |
| *Proposition (réponse donnée, à remplir par le chef de clinique) :* |
|

|  |
| --- |
|  |

 |

**Formulaire à retourner par mail à chvr.capado@hopitalvs.ch**

Sierre, 1ER décembre 2022/cfz