

# FICHE DE PRESCRIPTION

## IDENTITE DU PATIENT

☐ Mme ☐ Mr

Nom : ..... N° SS : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

Adresse mail : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

## IDENTITE DU PRESCRIPTEUR

Nom : ..... Prénom : .....

Qualité : .....

Nom de la structure : .....

CP : ..... Ville : .....

Adresse mail : .....

## EQUIPES DE SUIVI

☐ SAVS – SAMSAH

☐ CMP

☐ Hôpital de jour

☐ Autres

**Merci de nous préciser les contacts**

→ Nom de la structure : .....

→ Nom du référent : .....

→ Coordonnées : Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Adresse mail : .....

Téléphone : .....

**Nombre d'actes de soins au cours des 6 derniers mois :**

- Consultations psychiatre : .....
- Entretiens IDE psy : .....
- VAD psy : .....
- Activités HDJ/CATTP : .....
- Entretiens psycho : .....
- Séances psychomotricien : .....
- Hospitalisations complètes : .....

**Code CIM-10 (obligatoire) : .....**

## OBJECTIFS DE LA PRESCRIPTION

**Situation actuelle :** ☐ En recherche d'emploi ☐ En poste

**Commentaires facultatifs du médecin**

**Commentaires facultatifs du patient**

Date d'orientation : .....

Fait à ..... le .....

Signature

Tampon de la structure

**A retourner par courrier à l'adresse suivante :**

Dispositif GOANAG

Domaine de Prières

56190 BILLIERS

**ou par fax au 02-97-48-61-63**

**ou par mail (via une boîte mail cryptée) à  
secretariat.medicosocial@cprb.mssante.fr**