GOANAG
Oser croire en ses rêves
DISPOSITIF DE JOB COACHING

FICHE DE PRESCRIPTION

IDENTITE DU PATIENT

❍ Mme ❍ Mr

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

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

Téléphone : .....

Adresse mail : .....

Date 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 : .....

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 :
Domaine de Prières
56190 BILLIERS

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

Pour toutes informations,
merci de nous contacter sur cette adresse mail :

jobcoaching@cprb.asso.fr