**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