

Demande d'orientation à L'ENVOL

Centre de Réhabilitation Psychosociale

NOM – Prénom :

Date de naissance :

Téléphone -fixe :

Adresse :

-portable :

Médecin traitant et/ou psychiatre :

Personne de confiance (Nom + Tél) :

Préciser le lien avec la personne :

Adressé(e) par :

Diagnostic :

Traitement actuel :

Objectifs des soins en Réhabilitation Psycho-Sociale selon l'usager :

Objectifs des soins en Réhabilitation Psycho-Sociale selon l'adresseur :

Objectifs généraux de l'orientation (à cocher):

Bilan / aide à l'autonomie sociale

Bilan / aide à l'insertion professionnelle ou reprise d'études

Bilan cognitif et / ou remédiation cognitive

Evaluation dans le cadre d'une résistance médicamenteuse

Le / /

Signature de l'usager :

Signature de l'adresseur :

L'ENVOL

Château Lassalle, Route de Branne

33 410 LAROQUE

Mail : envol@ch-cadillac.fr

Tel: 05 57 98 21 02

