



**CENTRE DE RÉFÉRENCE DÉPARTEMENTAL (CRD)**  
**Des TROUBLES ANXIO-DÉPRESSIFS AIGÛS**

Tel : 05.53.77.67.02 ~ Mail : [admissions.crd@ch-candelie.fr](mailto:admissions.crd@ch-candelie.fr)

Date de la demande : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**IDENTIFICATION DU PATIENT :**

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Numéro de téléphone : .....

**IDENTIFICATION DU MEDECIN ADRESSEUR :**

Médecin traitant

Psychiatre traitant

Autre .....

Nom : .....

Numéro de téléphone : .....

Ville : .....

**Médecin traitant :**

**Psychiatre traitant :**

**Antécédents somatiques :**

**Antécédents psychiatriques :**

**Consommation de Toxiques :**  oui  non lesquels :

**Idées suicidaires :**  oui  non commentaires :

**Troubles du comportement :**  oui  non lesquels :

**Motif d'hospitalisation (merci de motiver votre réponse) :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Traitement en cours (somatique et psychiatrique) :**

Refus

Validation

Date d'hospitalisation :

Pour toutes les entrées demander à ce que le patient vienne avec : la lettre du médecin / carte d'identité / carte vitale / carte mutuelle / dernier bilan sanguin / dernière ordonnance