

MÉDECIN DEMANDEUR

Titre *

Nom et prénom *

Téléphone *

Email *

Adresse professionnelle *

Intervention demandée (cocher ce qui convient)

 ECT Kétamine IV TMS N₂O Consilium Dexmédétomidine IV

Suivi ambulatoire en cours

 Oui Non

PATIENT

Nom *

Prénom *

Date de naissance *

Téléphone

Email

Adresse

DIAGNOSTICS

Diagnosics principaux et secondaires *

ÉTAT CLINIQUE ACTUEL

Niveau de dépression:

 Sévère Modéré Léger Absent

Niveau de suicidalité:

 Élevé Modéré Faible Absent

Symptômes psychotiques

Abus de substances

Trouble de la personnalité / traits significatifs

MOTIF DE LA DEMANDE

Motif de la demande (inclure les symptômes cibles) *

PROBLÈMES SOMATIQUES

Problèmes somatiques significatifs

Résultats de laboratoire anormaux

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE ACTUEL

Médicaments actuels (avec posologie) *

HISTORIQUE DES TRAITEMENTS

Traitements psychiatriques antérieurs (pharmacologiques, interventionnels)

SUIVI AMBULATOIRE PRÉVU

Nom du médecin référent si autre que le demandeur

Fréquence des rendez-vous

Le patient a donné son consentement pour cette prise de contact et la transmission de ses données médicales au LCIP.