



## DEMANDE D'ORIENTATION AU C2RP

**NOM-PRÉNOM :**

**Date de naissance :**

**Téléphone :**

**Adresse :**

**Médecin traitant et\ou psychiatre :**

**PERSONNE DE CONFIANCE (NOM + Tél) :**

**ADRESSE PAR :**

**DIAGNOSTIC :**

**TRAITEMENT ACTUEL :**

**Objectifs des soins en réhabilitation psychosociale selon l'utilisateur :**

**Objectifs des soins en réhabilitation psychosociale selon l'adresseur :**

**Objectifs généraux de l'orientation :**

- 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

Signature de l'utilisateur :

Signature de l'adresseur :