



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 :