

**Centre Ambulatoire de Crise**

**CHU – Equipe CICAH**

Du lundi au vendredi : de 8H30 h à 16 h 30

Tél : 04-77-12-05-84

Fax : 04-77-12-05-79

**Mail : (à préconiser pour l'envoi de la demande)**

**DEMANDE DE CONSULTATION CAC**

**Nom du médecin demandeur :** .....

Tél : ..... Fax : .....

Mail : ..... Demande d'intervention en date du.....

**Nom du patient:** ..... Prénom.....Né(e) le .....

**N° SS :** .....

**ALD :** .....

F  G

**Nom personne de confiance :** .....

Tel. :

**Lien de parenté :**  
.....  
.....

**Médecin traitant :**  
.....

**Mesure de protection des biens :**  oui  non

Si oui (curatelle, tutelle, nom organisme): .....

Exercée par : .....

**AU 1<sup>ER</sup> RDV MERCI D'APPORTER CES PHOTOCOPIES POUR LE BUREAU DES ENTREES**

- **Pièce officielle d'identité (carte d'identité, passeport, carte de séjour, carte de résident, document de circulation)**
- **Attestation carte vitale à jour**
- **Attestation de mutuelle**
- **Justificatif de domicile de moins de trois mois ou carte grise**

**Motifs de la demande :**

Éléments d'observation de la situation :

.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
**Nature des soins en cours** : psychiatre extérieur à l'établissement s'il y en a ; traitements actuels : fréquences des entretiens et assiduité, nom du soignant (médecin, psychologue, paramédical)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
**Antécédents d'hospitalisation en psychiatrie** :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
**Éléments sociaux** : profession, famille, entourage social :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
**Remarques particulières** :

---

**Réservé au service CAC** :

Référent médical CAC de la  
PEC : .....

Date du premier rendez-vous : .....