***FICHE DE PRE-ADMISSION***

**Secrétariat**

🕿 : 04 73 43 55 37

Fax : 04.73.43.55.78

@ : [rehabilitation\_cfd@ahsm.fr](mailto:rehabilitation_cfd@ahsm.fr)

**REHABILITATION AMBULATOIRE**

🕿 : 04 73 43 55 40

**Médecins Chefs**

Pr Pierre-Michel LLORCA

Dr Guillaume LEGRAND

**Médecins Psychiatres**

Dr Isabelle CHEREAU

Dr Mihaela HONCIUC

Dr Christine MONAT

Dr Floran QUELLIEN

**Psychologues**

Mme Célia ARSAC

Mme Léna BOURNAT

Mme Emilie DACREMONT

Mme Sonia DUPLESSY

Mr Quentin LEGRAND

**Ergothérapeute**

Mme Margot DECOT

**Assistantes Sociales**

Mme Justine SUCHEYRE

Mme Marielle MONTAGNE

**Infirmier(e)s**

Mme Florence BALOUZAT

Mme Sophie BOIRE

Mme Virginie BOUCHET

Mme Julie CARTIER

Mme Isabelle DRUET

Mme Sandrine DUBREUIL

Mr Hacène ESSABIR

Mme Vanessa FABRE

Mme Emilie GREDIN

Mme Isabelle HERRY

Mr Yann LABOISSE

Mme Marina MAGNE

Mme Fabienne PRAT

Mme Anne-Lise SOURCIAT

Mme Jessica VERGNE

**Job Coach**

Mme Nathalie FIORITO

**Cadres de santé**

Mme Elisabeth GREGOIRE (CSS)

Mme Julie CARTIER

Mme Marie GUITTARD

**Attachés de Recherche**

Mr Olivier BLANC

*Fiche établie le :*

*Nom du demandeur : Service :*

*Coordonnées (tel – mail) :*

*Préférez-vous être reçu sur le site du CH Sainte-Marie …………………. 🞏*

*sur le site du CHU Gabriel Montpied ………… 🞏*

*Vous n’avez pas de préférence ……………………………………………………. 🞏*

**Renseignements concernant le patient**

*Nom : Prénom :*

*Sexe : Date de naissance :*

*Adresse : Tel :*

*Traitement :*

*Psychiatre traitant : Médecin Généraliste traitant :*

*Objectifs de soins en réhabilitation psychosociale selon l’usager :*

*Objectifs de soins en réhabilitation psychosociale selon le demandeur :*