

## Demande d'admission à remplir par la personne qui coordonne le suivi médical

### Parcours de réhabilitation psychosociale – Centre Support Alsace

#### Coordonnées de la personne pour laquelle est formulée la demande

NOM	Prénom
Date de naissance	
Adresse	
Téléphone	e-mail

#### Coordonnées de la personne qui coordonne le suivi médical

<input type="checkbox"/> Psychiatre traitant	NOM
<input type="checkbox"/> Service hospitalier	Prénom
<input type="checkbox"/> Médecin traitant	Téléphone
<input type="checkbox"/> Autre (préciser)	e-mail
	Adresse

#### Objectifs de la personne concernée

(détailler)

#### Contexte de la demande

**Motif de la demande** (détailler)

Situation sociale

Diagnostic(s)

La personne concernée est informée de son diagnostic

	OUI	NON
--	-----	-----

Conscience des troubles

OUI	NON	PARTIELLE
-----	-----	-----------

Traitement médicamenteux

Date

Signature (personne qui coordonne le suivi médical)

## Pour nous contacter

Merci d'envoyer cette fiche de demande d'admission complétée par la personne qui coordonne le suivi médical à l'adresse mail correspondant à l'établissement de secteur  
(voir ci-dessous la carte de sectorisation pour l'Eurométropole de Strasbourg) :

- **EPSAN**, Etablissement Public de Santé Alsace Nord  
(e-mail de contact) => [ERIA@ch-epsan.fr](mailto:ERIA@ch-epsan.fr)
- **HUS**, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg  
(e-mail de contact) => [AJR@chru-strasbourg.fr](mailto:AJR@chru-strasbourg.fr)
- **CHE**, Centre Hospitalier d'Erstein  
(e-mail de contact) => [equipe.EAR@ch-erstein.fr](mailto:equipe.EAR@ch-erstein.fr)

□ EPSAN

□ HUS

□ CHE

