

**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)

