



ACCORD MEDICAL

Médecin Psychiatre : atteste que les deux conditions suivantes sont remplies :

Mr, Mme, né(e) le

Adresse : Tél. :

- bénéficie d'un suivi psychiatrique régulier : oui non
- la situation de Mr/Mme me paraît indiquer une prise en charge sur le Centre de Réhabilitation Psychosociale Audois : oui non

Date approximative de la dernière hospitalisation :

Stabilité de l'état clinique :

Diagnostic posé :

Evaluation des risques :

- | | | | | |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ➤ Risque Suicidaire | léger | modéré | sévère | non adapté |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Conduite à tenir :

Précisez

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ➤ Risque Hétéro-agressif | léger | modéré | sévère | non adapté |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Conduite à tenir :

Précisez

- Comorbidités somatiques significatives

Précisez

- Consommation de toxiques

Précisez

Date :

Signature :