



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 <input type="checkbox"/>	modéré <input type="checkbox"/>	sévère <input type="checkbox"/>	non adapté <input type="checkbox"/>
---------------------	-----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	--

Conduite à tenir :

Précisez

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

Conduite à tenir :

Précisez

➤ Comorbidités somatiques significatives

Précisez

➤ Consommation de toxiques

Précisez

Date :

Signature :