**Demande de consultation spécialisée**

**(troubles de l’humeur, troubles du sommeil, troubles neurocognitifs)**

**Responsable de Département**

Docteur Géraldine HALING

Praticien Hospitalier

**Cadre Supérieur de Santé**

Mme Frédérique DAMANCE

Centre Expert Troubles Bipolaires

 (CETBP)

Centre Psychothérapique de Nancy

Rue du Docteur Archambault

54520 LAXOU

**Responsable de l'unité médicale**

Docteur Thomas SCHWITZER

Maitre de Conférence des Universités

Praticien Hospitalier

**Chef de Clinique des Universités Assistant des Hôpitaux**

Docteur Grégory GROSS

**Psychologues**

M. Renaud COHEN

Mme Tiphaine RICAUD

Mme Aline RAHNEMA

**Secrétariat**

Tél : 03.83.92.67.01

Fax : 03.83.92.67.07

ce.bipolaires@cpn-laxou.com



***Compléter puis faxer ce formulaire au 03.83.92.67.07***

**Date de la demande** :

**Nom du médecin** :

**Référent médical et paramédical :**

**Service adresseur :**

**N° de téléphone** : **N° de fax** :

**INFORMATIONS PATIENT**

**Coller ici une étiquette patient**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

**INFORMATIONS CONCERNANT LA DEMANDE**

**Type de consultation demandée**

☐ Consultation troubles de l’humeur (avis diagnostic / thérapeutique)

☐ Consultation troubles du sommeil

☐ Évaluation neuropsychologique

☐ Remédiation cognitive (troubles de l’humeur)

☐ Psychoéducation

☐ Prise en charge psychothérapeutique spécialisée : TCC, pleine conscience, TIP/TIPARS

**Plainte actuelle justifiant de la demande** :

**Histoire de la maladie récente :**

**Antécédents psychiatriques et addictologiques personnels (*si OUI, nous faire parvenir les CR*) et familiaux :**

**Antécédents somatiques personnels (chirurgicaux, médicaux et allergiques) :**

**Traitement actuel (et historique des prescriptions) :**

**Bilan complémentaire récent pertinent (neuropsychologie / imagerie / biologie …) ? :**

**Remarques particulières** :

**Le patient a été informé de la demande de consultation et a pu donner son accord**  ☐ oui

***Nb : Merci de veiller au remplissage complet du formulaire pour traitement rapide de la demande***

**Rendez-vous fixé le jj/mm/20**

**Avec**