Département de la Femme, de l’Enfant et de l’Adolescent

Service de Psychiatrie de l’Enfant et de l’Adolescent

**DEMANDE DE PRISE EN CHARGE**

**SPEA UNITE D’HOSPITALISATION / MALATAVIE SOINS HOSPITALIERS ET AMBULATOIRES INTENSIF**

*Formulaire à remplir par le thérapeute en charge, à l’ordinateur puis à retourner à :* [*Trieur.SPEA@hcuge.ch*](mailto:Trieur.SPEA@hcuge.ch) *(pas de scans manuscrits).*

*Un chef de clinique du SPEA prendra contact avec vous dans les meilleurs délais.*

Date de la demande Cliquez ici pour entrer une date.

La demande concerne  une hospitalisation  une évaluation pour un suivi ambulatoire intensif

**Identité du patient**

Nom

Prénom

Date de naissance Cliquez ici pour entrer une date.

Genre  M  F  autre (préciser) :

Adresse

Téléphones représentants légaux (parents ou autre) mère :

père :

autre (préciser):

Autorité parentale  mère  père  autre (préciser) :

Droit de garde  mère  père  autre (préciser) :

Assurance  LAMAL  internationale  autre (préciser) :

**Médecin/thérapeute demandeur/référent**

Nom

Adresse

Téléphone

Mail

**Autres intervenants**

Pédiatre

Assistant∙e social∙e

Ecole / centre de jour

Divers

**Motif de la demande**

**Eléments anamnestiques**

Connu du SPEA  oui  non

Anamnèse familiale

Anamnèse scolaire

Anamnèse psychiatrique

Episode actuel

Autres éléments anamnestiques

**Impression diagnostique**

**Traitement**

Actuellement

Par le passé (motif de l’arrêt)

**Objectifs d’hospitalisation / du suivi ambulatoire intensif**

**Projet thérapeutique et scolaire après la sortie / après la fin du suivi ambulatoire intensif**