**CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE DIJON**
**DEMANDE DE PRISE EN CHARGE POUR UN PATIENT EN PSYCHIATRIE**

☐ **En tant que Médecin généraliste ou autre professionnel de santé :**

**Pour une demande de prise en charge en consultation de psychiatrie au CHU ou pour une prise en charge sur le CMP/CATTP Beauregard, veuillez compléter le document suivant et l'envoyer à l'adresse suivante :**
**cmp.beauregard@chu-dijon.fr**

☐ **En tant que Psychiatre,**

**Pour une demande de prise en charge par un psychiatre veuillez compléter le document suivant ou transférer le dossier du patient pour un relai et l'envoyer à l'adresse suivante :**
**psychiatrie@chu-dijon.fr**

**Pour une demande de prise en charge au CMP/CATTP Beauregard ou pour le suivi/relai d'un patient ayant des injections, veuillez compléter le document suivant et l'envoyer à l'adresse suivante :**
**cmp.beauregard@chu-dijon.fr**

**Mettre sur le site internet cette organisation**

**CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE DIJON**
**DEMANDE DE PRISE EN CHARGE POUR UN PATIENT EN PSYCHIATRIE**

**Nom Patient :**
**Prénom Patient :**
**Date de naissance du Patient:**
**Adresse du Patient :**
**Téléphone du Patient :**
**Adresse mail du patient:**

**Adressé par :**
**Numéro de téléphone du Médecin**
**Mail**

**Poids** **Taille** **Age** **Périmètre abdominal**

**Motif de l'adressage :**

**Histoire de la maladie :**

**Traitement :**

**Antécédent :**

**Allergie :**