



Formulaire de demande pour la cellule d'orientation pédopsychiatrique ambulatoire du SUPEA, STSA

Administratif :

Demande faite par

Nom : Prénom :
Lien (parent, pédiatre, etc.) :
Téléphone : Adresse e-mail :
Adresse :

Patient

Nom : Prénom :
Date de naissance :
Téléphone : Adresse e-mail :
Adresse :

Parent 1

Nom : Prénom :
Téléphone : Adresse e-mail :
Adresse :

Parent 2

Nom : Prénom :
Téléphone : Adresse e-mail :
Adresse :

Pédiatre ou médecin généraliste

Nom : Prénom :
Téléphone : Adresse e-mail :
Adresse :

Autre intervenant

Nom : Prénom :
Fonction :
Téléphone : Adresse e-mail :
Adresse :



Département de psychiatrie
Av. d'Echallens 9
CH-1004 Lausanne
Cellule d'orientation ambulatoire SUPEA-STSA

Tél: +41 21 314 44 35

cora@chuv.ch

Demande :



Motif de la demande :

(Quel est le problème, depuis quand date le problème, circonstances, élément déclencheur de la crise, impact sur le fonctionnement de l'enfant et de la famille, soutiens ou solutions déjà mis en place, etc.)



Symptômes :



Remarques spécifiques :

(besoins d'interprète, problèmes somatiques associés, réseau de soutien, autorité parentale, etc.)