



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

Administratif : *Pour les professionnels*

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 :

Autre intervenant (nom, prénom, fonction, téléphone, e-mail et adresse postale)



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 :

(Décrivez les raisons de la demande d'évaluation en précisant les difficultés observées (ex. troubles émotionnels, comportementaux, relationnels, scolaires) et leur impact sur le quotidien de l'enfant/l'adolescent-e ainsi que de sa famille.)

Soutien en cours:

(Indiquez les mesures de soutien actuellement mises en place pour l'enfant/l'adolescent-e (ex. suivi médical, traitement médicamenteux, suivi psychologique, logopédie, éducateur·trice, mesures scolaires adaptées, etc.))

Eléments anamnestiques :

(Précisez les éléments marquants de l'histoire de l'enfant/l'adolescent-e (développement, antécédents médicaux, familiaux et psychosociaux significatifs))

Traitements antérieurs :

(Mentionnez les prises en charge médicales, psychologiques ou thérapeutiques passées (ex. suivi pédopsychiatrique, hospitalisation, traitements médicamenteux, thérapies spécifiques))