

Date de la demande : .....

**Demande de consultation pour Mme/M.** .....

Date de naissance : .....

Joignable au n° de tél suivant : .....

&/ou e-mail : .....

&/ou adresse : .....

Je soussigné(e) Mme, M. Dr .....

*Identification*

Éventuellement organisme, structure : .....

Adresse : .....

.....

Tél : .....

e-mail : .....

### Motif de la demande :

Avis sur le traitement

Demande d'hospitalisation complète

Orientation

Demande d'hospitalisation de jour

Autre(s) motif(s) : .....

Précisions : .....

.....

.....

### Cadre réservé à notre administration

Date consultation proposée : ..... date effective : .....

Observations éventuelles : .....

.....