

FORMULAIRE DE DEMANDE DE BILAN AVEC PROPOSITION DE PROGRAMME PERSONNALISE

CONSULTATIONS DE NYON

A envoyer par email à bienetreautravail@protonmail.ch *Adresse mail protégée pour la sécurité des données.* *Ces informations seront traitées de façons extrêmement confidentielles et soumises au secret médical.*

*Le centre Bien-être au travail est une consultation de soins qui ne peut accueillir les situations d’urgence. En cas de situation d’urgence, veuillez-vous adresser au numéro suivant accessible 24h/24: 0848 133 133*

|  |  |
| --- | --- |
| **COORDONNEE MEDECIN REFERENT** | **COORDONNEE DU PATIENT** |
| NOM : PRENOM :ADRESSE : EMAIL :TELEPHONE | NOM : PRENOM :ADRESSE :EMAIL :TELEPHONE :ASSURANCE : |
| Bref descriptif de la situation (veuillez décrire si la personne est encore en poste, en recherche ou en arrêt de travail et la raison)  |
| Activité professionnelle exercée |
| Etat de santé actuel  |
| Arrêt de travail depuis le : Motif :  |
| Votre demande spécifique : |
| Traitement actuel (psychotropes) :Antidépresseurs : Motif : Depuis le : Anxiolytiques : Motif : Depuis le :Somnifères : Motif : Depuis le :Autres : Motif : Depuis le : |
| Antécédent psychiatrique et professionnel :  |
| Je souhaite recevoir la proposition de prise en charge personnalisée proposée au patient par email : oui  non |

L’équipe Bien-être au travail vous remercie pour votre confiance

Date : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ Signature Médecin référent : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

L’intégralité de ce document est soumise au secret médical.