

FORMULAIRE DE DEMANDE DE BILAN AVEC PROPOSITION DE PROGRAMME PERSONNALISE

CONSULTATIONS DE NYON

A envoyer par email à [bienetreautravail@protonmail.ch](mailto: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.