



DEMANDE D'ORIENTATION AU C2RL

| | |
|---------------------|--|
| Nom : | |
| Prénom : | Médecin traitant (nom + tel) : |
| Date de naissance : | Autres intervenants : (IDE ...) |
| Téléphone : | Tiers digne de confiance (nom + tel) : |
| Adresse : | |

| | |
|---------------|---------------------|
| Adressé par : | Traitement actuel : |
| Diagnostic : | |

| |
|--|
| Objectif des soins en réhabilitation psychosociale selon l'utilisateur : |
| Objectifs des soins en réhabilitation psychosociale selon l'adresseur : |

| |
|---|
| Objectif général de l'orientation : |
| <input type="checkbox"/> Reprise d'un projet d'insertion scolaire, universitaire ou formation professionnelle |
| <input type="checkbox"/> Reprise d'un projet professionnel |

| | |
|------------------------|----------|
| Statut MDPH : | ALD 30 : |
| Mesure de protection : | |

Signature de l'utilisateur :

Signature de l'adresseur :