

## FORMULAIRE DE PRISE DE RENDEZ-VOUS

### INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... Téléphone : .....  
Médecin traitant : ..... Profession : .....  
E-mail : .....

### INFORMATIONS MEDICALES

Traitements actuels : .....  
.....  
.....  
.....

Antécédents de prise en charge : .....  
.....  
.....  
.....

### PRISE EN CHARGE SOUHAITEE

Épisode dépressif caractérisé	Trouble anxieux	Schizophrénie
Addiction au tabac	Douleurs neuropathiques	Fibromyalgie