



FICHE DE PRESCRIPTION Association PARAD TCA

Date:

Fiche de prescription concernant :

Nom :

Date de naissance :

Prénom :

Téléphone :

Professionnel adresseur :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

E-mail :

Diagnostic :**IMC :****Prise en charge actuelle :****Prescription :****Le Professionnel de santé préconise :**

- Une prise en charge en entretien motivationnel
- Des séances de remédiation cognitive (CRT)

Dans un objectif thérapeutique et/ou projet en cours suivant :

Réservé à l'équipe :

Demande reçu le :

Patient contacté le :

Premier rendez-vous le :