



La Maison des Champs

/3

FO 330.02 RSM 1

**INFORMATIONS PSYCHOMEDICALES**

Nous vous remercions de bien vouloir fournir ces informations avec précision, et de retourner ce formulaire à La Maison des Champs, à l'attention du Docteur psychiatre consultant.

**Coordonnées du candidat :**

**Nom :** ----- **Prénom :** -----

**Date de naissance :** ----- **Etat civil :** -----

**Adresse :** -----

**Code Postal :** ----- **..Ville :** -----

**Histoire personnelle passée et actuelle / points saillants :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Entourage familial, social et professionnel passé et actuel :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

C:/Users/Secrétaires/Desktop/Dossier d'admission/FO_33002_Demande d'admission	Rue des Bossons 31 CH-1213 Onex/Genève Tél : +41 22 777 21 28 Fax : +41 22 850 91 58 CCP 12-13619-6 e-mail : <a href="mailto:info@associationthais.org">info@associationthais.org</a>	Version 4 Diffusé le : 01.04.2015
---	--	--------------------------------------



La Maison des Champs

FO 330.02 RSM 2

/3

**Activités professionnelles actuelles et passées :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Quels sont ses « points forts », ses compétences ? Selon le candidat / le demandeur :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Quels sont ses « points faibles », ses difficultés ? Selon le candidat / le demandeur :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Y a t'il eu des comportements violents de la part de la personne ? Quand et à quelle(s) occasion(s)**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

---

C:/Users/Secrétaires/Desktop/Dossier d'admission/FO_33002_Demande d'admission	Rue des Bossons 31 CH-1213 Onex/Genève Tél : +41 22 777 21 28 Fax : +41 22 850 91 58 CCP 12-13619-6 e-mail : <a href="mailto:info@associationthais.org">info@associationthais.org</a>	Version 4 Diffusé le : 01.04.2015
---	--	--------------------------------------



La Maison des Champs

FO 330.02 RSM 3

/3

**Y a t'il eu consommation de substances telles que drogues, alcool, haschisch, psychotropes ? Quantité ? Doses ?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Y a t'il eu des maladies physiques ? Lesquelles ?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Traitement(s) éventuel(s) ? Doses de médicaments**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Allergies (asthme, peau, allergies médicamenteuses) ?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....



La Maison des Champs

FO 330.02 RSM 4

/3

Y a t'il eu des hospitalisations jusque-là ?

Date	Motifs	Traitements/Opérations
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Médecin traitant (nom, adresse, téléphone) :

.....  
.....  
.....  
.....

Signature du médecin ou  
du médecin psychiatre :