CEPIA
CENTRE DE PSYCHIATRIE, D'INSOMNIE ET D'ADDICTOLOGIE

FORMULAIRE DE PRISE DE RENDEZ-VOUS

Ce formulaire ne concerne pas les demandes de bilan TDAH.

Elles pourront être déposées à compter du mardi 1er décembre 2026 à 9 h, via un formulaire dédié qui sera mis en ligne à cette date.

INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Téléphone : .....

Médecin traitant : ..... E-mail : .....

Parcours scolaire / universitaire : .....

.....

Situation professionnelle actuelle : .....

INFORMATIONS MEDICALES

Traitements actuels : .....

.....

Antécédents de prise en charge : .....

.....

.....

PRISE EN CHARGE SOUHAITEE

☐ Psychiatrie **(hors TDAH)** ☐ Insomnie

Pour que votre demande puisse être étudiée au mieux par notre comité médical, nous vous remercions de décrire vos symptômes et vos objectifs de soins.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

161 rue André Bisiaux
54320 MAXEVILLE

03 54 17 02 07
contact@centre-cepia.com

www.centre-cepia.com