

Demande de rendez-vous Pédopsychiatrique

Date : mercredi 5 novembre
2025

Nom : Prénom : DN : Âge =
Adresse : N°: CP et localité :
GSM E-mail :

Vous adressez vous à nous pour une ☐ Consultation ☐ en vue d'une future admission

Qui vous adresse au Domaine ? ☐ Internet ☐ Proches ☐ Parents ☐ MT ☐ Psychologue
☐ Psychiatre ☐ École/PMS ☐ Association de parents

Nom de l'envoyeur si médecin traitant, du (pédo)psychiatre et du psychologue actuels

- Description de la problématique

- Le/ la jeune a-t-il été hospitalisé auparavant ? ☐ oui ☐ non
Où ? Motif ?

- Etes vous suivi par un Service d'Aide à la Jeunesse ? ☐ oui ☐ non
Si oui, lequel ?

- Le jeune vit-il avec ses deux parents ? ☐ oui ☐ non

Si garde partagée : garde principale chez

Coordonnées de l'autre parents

Merci de bien vouloir renvoyer ce questionnaire à : consultations@domaine-ulb.be
Pour des questions éventuelles : 02/386.09.78.

Nous ferons analyser votre demande dès que possible.
Nous reviendrons ensuite vers vous afin de planifier un rendez-vous.