Précisions complémentaires / Additional details

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Demande de rendez-vous médical

Medical request

NOM / NAME _____

Prénom / First name _____

Bâtiment / Building _____

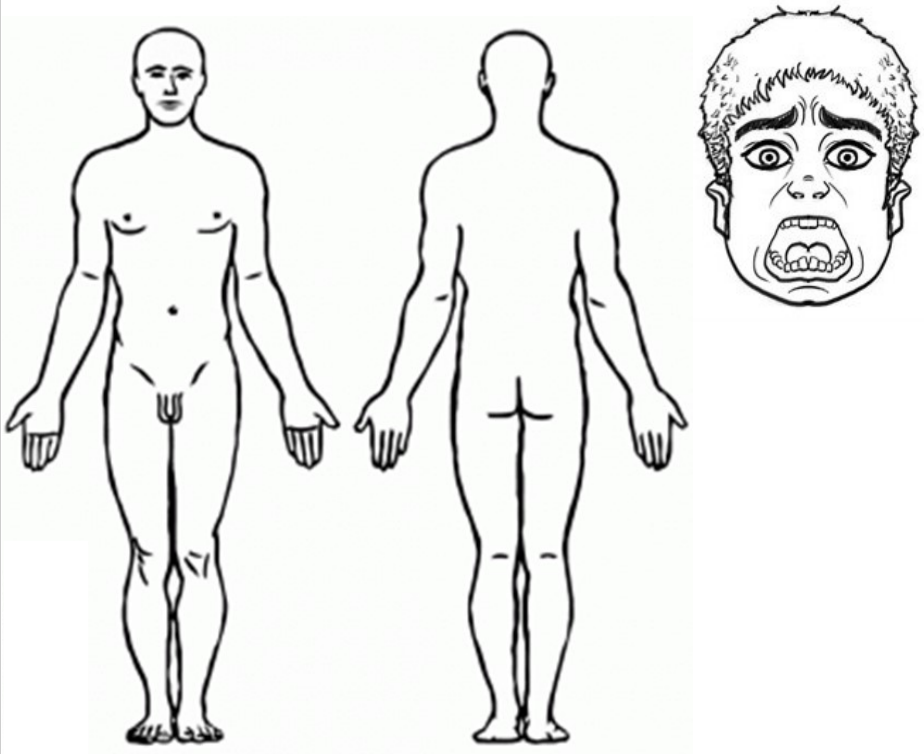
Date / Date_____

CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE NANTES

Document conçu par les personnes détenues du CD avec l'aide de Médecins du Monde, l'UCSA et le SMPR

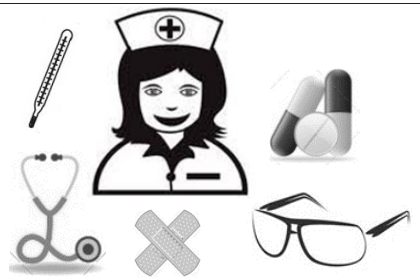
Niveau de douleur / Level of pain

Localisation de la douleur / Location of the pain

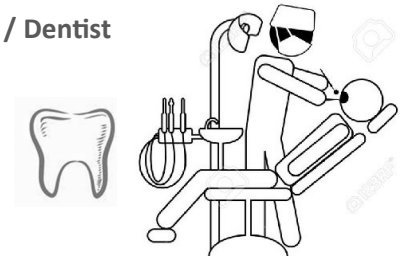


Soignant souhaité / Desired caregiver

☐ **UCSA**



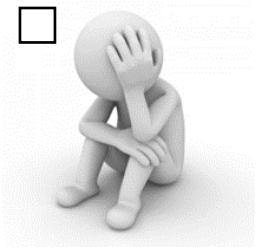
☐ **Dentiste / Dentist**



☐ **SMPR / CSAPA**

☐ Psychiatre / Psychiatrist
☐ Psychologue / Psychologist
☐ Infirmier psy / Nurse Psy

☐



Mal être, difficultés psychologiques
Uneasiness, psychological difficulties

☐

Addiction