

**Doctolib** Accueil

### Rendez-vous à venir

Mercredi 05 juillet 18:00

**Dr Nicolas Marfaing**  
Psychiatre

Préparer la consultation

### Rendez-vous passés

Mercredi 17 mai 18:00

**Dr Nicolas Marfaing**  
Psychiatre

Judi 06 avril 10:30

**Dr Nicolas Marfaing**  
Psychiatre

Mercredi 22 mars 18:30

**Dr Nicolas Marfaing**  
Psychiatre

Mercredi 05 juillet 18:00

**Dr Nicolas Marfaing**  
Psychiatre

Déplacer le RDV Annuler le RDV

### À faire avant la consultation

Gagnez du temps lors de la consultation en complétant les étapes suivantes :

Voir les consignes ou documents À faire >

Envoyer les documents >

### Patient

Patrice DELPY

Partager avec quelqu'un >

Téléphone du lieu de consultation  
05 61 52 65 25



## Notre équipe

L'équipe de la Clinique Castelviel met tout en oeuvre pour le confort et le mieux-être des patients tout au long de leur hospitalisation.

### Des professionnels de santé à votre écoute

Notre équipe soignante pluridisciplinaire est composée :

- D'infirmiers
- D'aides-soignants
- De cadres de santé
- De psychologues
- D'art thérapeutes
- D'éducateurs sportifs (gymnastique adaptée (yoga, pilate, relaxation, gym douce...), sports collectifs (ping-pong, badminton, volley, basket, boxe...), activités aquatiques (natation, aquagym, aquabike), programmes sportifs individualisés)
- D'une diététicienne
- D'assistantes sociales
- D'une pharmacienne et d'une préparatrice en pharmacie
- De kinésithérapeutes

### Notre équipe médicale

L'équipe médicale est coordonnée par le Docteur Guillaume ROUGER, Médecin Psychiatre. Elle est composée de :

- Docteur Amin AKBARI, Médecin Psychiatre
- Docteur Zoé BERTRAND, Médecin Psychiatre, Vice-Présidente de la CME
- Docteur Guillaume BOYER-VIDAL, Médecin Psychiatre
- Docteur Ariane BRISMONTIER, Médecin Psychiatre
- Docteur Capucine DECAIX, Médecin Psychiatre
- Docteur Marine LESAGE, Médecin Psychiatre
- Docteur Nicolas MARFAING, Médecin Psychiatre
- Docteur Géraldine PENDARIES, Médecin Psychiatre
- Docteur Guillaume ROUGER, Médecin Psychiatre et Médecin Coordonnateur, Président de la CME
- Docteur Albert AOUAD, Médecin Généraliste
- Docteur Mélanie PHILIPPE, Médecin Généraliste

### Galerie photos



### Adresse

Chemin des AffieuxLieuudit  
Castelviel  
31180 Castelmaurou

Contactez-nous

Téléphone

Par email

Un numéro unique pour toute information

Docteur MARFAING Nicolas  
1 rue des Paradoux  
31000 Toulouse

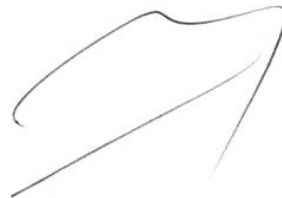
Psychiatrie  
N° RPPS : 10002873585  
Tél : 0561526525



Le 22/03/2023  
Monsieur DELPY Patrice  
Né le 04/04/1971

SERTRALINE (chlorhydrate) 50 mg gél (SERTRALINE BIOGARAN)  
*3 gélules par voie orale le matin, pendant 3 mois*


BROMAZEPAM 6 mg cp (LEXOMIL)  
*1/2 comprimé par voie orale au coucher, pendant 3 mois*



Traitement :

Mise en place d'un traitement à base d'anxiolytique et d'antidépresseur.

## Sertraline (chlorhydrate) 50 mg gélule

ATC	Risque sur la grossesse et l'allaitement	Sport	Vigilance
<b>N</b> SYSTEME NERVEUX <b>N06</b> PSYCHOANALEPTIQUES <b>N06A</b> ANTIDEPRESSEURS <b>N06AB</b> INHIBITEURS SELECTIFS DE LA RECAPTURE DE LA SEROTONINE <b>N06AB06</b> SERTRALINE			 Soyez très prudent

## Indications et modalités d'administration

### Indications

Ce médicament est indiqué dans les cas suivants :

- Episode dépressif majeur
- Episode dépressif majeur, traitement préventif des récives (de l')
- Etat de stress post-traumatique
- Phobie sociale
- Trouble obsessionnel compulsif
- Trouble panique

***Episode dépressif majeur - Episode dépressif majeur, traitement préventif des récives (de l') - Trouble obsessionnel compulsif***

#### **Traitement initial**

50 mg 1 fois par jour

Pendant 1 semaine

#### **Traitement d'entretien**

Posologie à augmenter par palier à intervalles d'au moins 1 semaine

Traitement à arrêter progressivement

50 à 200 mg 1 fois par jour

Posologie maximale: 200 mg par jour

Dosage importante : 3 x 50mg = 150mg par jours ( max 200 mg)

En initial on donne 50mg

**Données télétransmises de l'avis d'arrêt de travail à l'Assurance Maladie**

initial     de prolongation    *Exemplaire à adresser à votre EMPLOYEUR ou au POLE EMPLOI*

(art. L.162-4-1-1er al., L.162-4-4, L.315-2, L.321-2-Seme al., L. 376-1, L. 613-20, R. 321-2, R. 323-11-1, D. 323-2, D. 613-19, D. 613-23 du Code de la sécurité sociale, L. 732-4 du Code rural et de la pêche maritime)

**l'assuré(e)**

numéro d'immatriculation : 1 7 1 0 4 1 6 1 0 2 0 1 6 1 1  
nom et prénom (nom de famille - de naissance, suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage) : DELPY PATRICE  
code de l'organisme de rattachement (voir votre attestation papier Vitale) : 0 1 8 1 1 6 6 2 1  
adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1) :

code postal : 81120 ville : REALMONT - 1 rue du Stade n° téléphone : 05 63 45 51 32  
bâtiment :            escalier :            étage :            appartement :            code d'accès à la résidence :

(1) L'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence.

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ?     oui date            non

**MESSAGE A L'ATTENTION DE L'EMPLOYEUR : A réception de l'avis d'arrêt de travail initial, vous devez réaliser un signalement d'arrêt en DSN ou une attestation de salaire dans le meilleur délai afin de permettre de calculer les indemnités journalières de votre salarié(e).**

**l'employeur**

nom, prénom ou dénomination sociale : *OW Semiconductor SAS France*  
adresse : *132, Chemin de Barro Cambou - 31100 Toulouse*  
n° téléphone :            e.mail :

**les renseignements médicaux**

Je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : DELPY PATRICE

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au 

{	- lundi 07 mars 2022	}	inclus
	- 07/03/2022		

sans rapport\*             en rapport\*             avec un état pathologique résultant de la grossesse  
*\*une des deux cases doit être obligatoirement cochée*

sorties autorisées : oui  à partir du : 17/02/2022            non   
*(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures.)*

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :  
non             oui             à partir du : 17/02/2022

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du :            au :  
Date : 17/02/2022

**Identification du praticien (nom et prénom)**  
MARFAING NICOLAS            Signature : 

Identifiant :

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausée déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L. 114-13 du Code de la sécurité sociale).

## Données télétransmises de l'avis d'arrêt de travail à l'Assurance Maladie

initial  de prolongation

Exemplaire à adresser  
à votre EMPLOYEUR ou  
au POLE EMPLOI

(art. L.162-4-1-1er al., L.162-4-4, L.315-2, L.321-1-5ème al., L.323-6, L.376-1, L.613-20, R.321-2, R.323-11-1, D.323-2, R.441-10, L.433-1, R.433-15, D.613-19, D.613-23 du Code de la sécurité sociale, L.732-4 et 762-18-1 du Code rural et de la pêche maritime)

### l'assuré(e)

numéro d'immatriculation : 1 7 1 0 4 1 6 1 0 2 0 1 6 1 1

nom et prénom : DELPY PATRICE

adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1) :

code postal : 81120 ville : Realmont

n° téléphone : 05 63 45 51 32

bâtiment : escalier : étage : appartement : code d'accès à la résidence :

(1) L'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence.

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? oui  date : non

situation professionnelle : salarié(e)

MESSAGE A L'ATTENTION DE L'EMPLOYEUR : dès réception de ce volet, merci d'établir l'attestation de salaire dans le meilleur délai afin de permettre à l'organisme de calculer les indemnités journalières de votre salarié(e).

### l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale : ON Semiconductor France SAS

adresse : 132 Chemin de Bepo Camba 31100 Toulouse

n° téléphone : e.mail :

### les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : DELPY PATRICE

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au 

- vendredi 14 avril 2023	} inclus
- 14/04/2023	

sans rapport  en rapport  avec un état pathologique résultant de la grossesse

sans rapport  en rapport  avec un accident du travail, maladie professionnelle date AT/MP :

sorties autorisées : oui  à partir du : 07/04/2023 non

sorties sans restriction : non  oui  à partir du : 07/04/2023

activité(s) autorisée(s) : oui  à partir du : non

• et prescrit un temps partiel / travail aménagé pour raison médicale du : au :

sans rapport  en rapport  avec un accident du travail, maladie professionnelle date AT/MP :

Identification du praticien (nom et prénom)  
MARFAING NICOLAS

Date : 07/04/2023

Identifiant :

Signature :

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés (CNIL).

La loi rend passible de pénalités financières, d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L.114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

assuré social DELPY PATRICE

n° de Sécurité Sociale 1 71 04 16 102 016 11

Pour toutes vos démarches, utilisez le compte ameli  
ou l'application ameli pour smartphoneCPAM du TARN  
81016 ALBI CEDEX 9M. DELPY PATRICE  
1 RUE DU STADE  
81120 REALMONT

Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 01/03/2023 au 31/03/2023 .

Ces informations ont été directement transmises par votre caisse d'assurance maladie à votre organisme  
complémentaire . En conséquence, vous n'avez pas besoin de lui envoyer ce relevé.**pour information**

dates	nature des prestations	montant payé	base du rembours.	taux	montant versé
	pour PATRICE né(e) le 04/04/1971 maladie réf 6642 2306140000856				
25/02/2023	ACTE BIOLOGIE ( B 42.0 + PC ) participation forfaitaire à retenir ( PFT )	10,92	10,92	100 %	10,92 -1,00
	réglé le 03/03/2023 au destinataire SELAS EUROFINIS INTERLAB A LBI VAL DE CAU : 10,92 euro(s)				
	maladie réf 6682 2306550001294				
04/03/2023	PARCOURS COORDONNE - MEDECIN TRAITANT CS GENERALISTE Sect1 ( GS + PC ) participation forfaitaire à retenir ( PFT )	25,00	25,00	100 %	25,00 -1,00
	réglé le 07/03/2023 au destinataire CATOIR JEAN-LUC : 25,00 euro(s)				
	maladie réf 6672 2306710010710				
04/03/2023	PHARMACIE ( PH7 + PC )	5,50	5,50	100 %	5,50
04/03/2023	HONOR. DISPENS. ( HD7 + PC ) franchise à retenir ( FRT ) <sup>(1)</sup>	1,02	1,02	100 %	1,02 -0,50
04/03/2023	PHARMACIE ( PH7 + PC )	8,22	8,22	100 %	8,22
04/03/2023	HONOR. DISPENS. ( HD7 + PC ) franchise à retenir ( FRT ) <sup>(1)</sup>	1,02	1,02	100 %	1,02 -0,50
04/03/2023	PHARMACIE ( PH4 + PC )	79,48	79,48	100 %	79,48
04/03/2023	HONOR. DISPENS. ( HD4 + PC ) franchise à retenir ( FRT ) <sup>(1)</sup>	1,02	1,02	100 %	1,02 -0,50
04/03/2023	PHARMACIE ( PH7 + PC )	10,85	10,85	100 %	10,85
04/03/2023	HONOR. DISPENS. ( HG7 + PC ) franchise à retenir ( FRT ) <sup>(1)</sup>	2,76	2,76	100 %	2,76 -0,50
04/03/2023	PHARMACIE ( PH7 + PC )	10,74	10,74	100 %	10,74
04/03/2023	HONOR. DISPENS. ( HG7 + PC ) franchise à retenir ( FRT ) <sup>(1)</sup>	2,76	2,76	100 %	2,76 -0,50
04/03/2023	PHARMACIE ( PH7 + PC )	8,20	8,20	100 %	8,20

(1) Les participations forfaitaires et franchises constatées sur ces actes sont déduites du montant remboursé dans la partie « Vos remboursements de soins » ou le seront sur vos prochains règlements.

assuré social DELPY PATRICE

n° de Sécurité Sociale 1 71 04 16 102 016 11

Pour toutes vos démarches, utilisez le compte ameli  
ou l'application ameli pour smartphoneCPAM du TARN  
81016 ALBI CEDEX 9M. DELPY PATRICE  
1 RUE DU STADE  
81120 REALMONT

Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 01/03/2023 au 31/03/2023 .

**pour information**

dates	nature des prestations	montant payé	base du rembours.	taux	montant versé
04/03/2023	HONOR. DISPENS. ( 2 HD7 + PC ) franchise à retenir ( 2 FRT ) <sup>(1)</sup>	2,04	2,04	100 %	2,04 -1,00
04/03/2023	PHARMACIE 15% ( PH2 + PC )	2,86	2,86	15 %	0,43
04/03/2023	HONOR. DISPENS. ( 2 HD2 + PC ) franchise à retenir ( 2 FRT ) <sup>(1)</sup>	2,04	2,04	15 %	0,31 -0,74
04/03/2023	HONOR. DISPENS. ( HC + PC )	0,31	0,31	100 %	0,31
04/03/2023	HONOR.DISPENS.REM ( HDR + PC )	0,51	0,51	100 %	0,51
	maladie réf 6672 2306710010710				
04/03/2023	HONOR.DISP.SPEC ( HDE + PC )	3,57	3,57	100 %	3,57
	réglé le 09/03/2023 au destinataire PHARMACIE DE REALMONT : 138,74 euro(s)				
	maladie réf 6682 2308240003888				
22/03/2023	PARCOURS COORDONNE - MEDECIN CORRESPONDANT SPECIALISTE Sect1 ( CNPMPMCS ) participation forfaitaire à retenir ( PFT )	50,20	50,20	100 %	50,20 -1,00
	réglé le 24/03/2023 au destinataire MARFAING NICOLAS : 50,20 euro(s)				
	maladie réf 6682 2308660000678				
25/02/2023	SOINS INFIRMIERS ( AMI 1.5 + PC ) franchise à retenir ( FRT ) <sup>(1)</sup>	4,73	4,73	100 %	4,73 -0,50
25/02/2023	IND.FORF DEPL.AM ( IFA + PC )	2,50	2,50	100 %	2,50
25/02/2023	MAJO ACTE UNIQUE ( MAU + PC )	1,35	1,35	100 %	1,35
	réglé le 28/03/2023 au destinataire BARROMES CHOUQUET MARION : 8,58 euro(s)				