

Décrivez vos symptômes :

.....

.....

.....

.....

Êtes-vous suivi(e) par : ☐ Psychiatre en libéral ☐ Psychologue en libéral
(plusieurs réponses possibles) ☐ Psychiatre en CMP ☐ Psychologue en CMP ☐ Autre

Nom du/des professionnels :

Avez-vous déjà bénéficié d'une psychothérapie spécialisée en psychotraumatologie/suicidologie ?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas
- ➔ si oui, quel type ? ☐ Thérapie Comportementale et Cognitive
- ☐ Thérapie de reconsolidation
- ☐ Hypnose
- ☐ EMDR
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Autre, précisez :

Avez-vous un traitement médicamenteux ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

➔ si oui, précisez :

.....

Souhait suite à votre demande : ☐ Evaluation ☐ Prise en Charge

☐ Je m'oppose à la transmission d'informations aux professionnels de santé impliqués dans mon suivi

CONTACT : secretariat.resilience@ch-jonzac.mssante.fr - 05 46 48 75 82

A réception, un contact téléphonique permettra d'affiner ensemble l'orientation adaptée à votre situation

PARTIE RESERVEE A RESILIENCE

Date de réponse :

| | | | | |
|---|--|---|--|-----------------|
| Orientation : <input type="checkbox"/> <u>Libéral</u> | <input type="checkbox"/> <u>Résilience</u> | <input type="checkbox"/> <u>CMP</u> Adultes | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| | <input type="checkbox"/> Médecin traitant | <input type="checkbox"/> Liste d'attente | | secteur : |
| | <input type="checkbox"/> Psychiatre | <input type="checkbox"/> Priorisation | | |
| | <input type="checkbox"/> Psychologue | <input type="checkbox"/> File active | | |
| | | <input type="checkbox"/> <u>CMP</u> Enfants | | |
| | | secteur : | | |