

FICHE DE 1^{er} CONTACT / ORIENTATION

Date de dépôt du dossier :

INFORMATIONS PERSONNELLES*

Genre : Féminin Masculin Neutre

Nom de naissance* :

Nom d'usage* :

Prénoms* :

Date de naissance* : Lieu de naissance* :

Adresse* :

CP – Ville* :

Téléphone * :

Médecin traitant :

PERSONNE DE CONFIANCE

Nom d'usage : Prénom :

Téléphone :

MOTIF D'ADRESSAGE

Adressé par : Médecin traitant Psychiatre Psychologue

Autre, précisez :

Problématique : Souffrance psychique - Idées suicidaires

↳ Elément(s) de souffrance : Deuil

Traumatisme

Problèmes financiers

Problèmes relationnels

Traumatisme

↳ Contexte : Aggression/Violence

Agression sexuelle

Catastrophe naturelle

Autres, précisez

Délai depuis le dernier événement marquant : < 1 semaine < 1 mois < 6 mois

< 1 an < 2 ans + 2 ans

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) professionnel(s) :

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