

DEMANDE DE PREMIÈRE CONSULTATION
Centre Régional du Psychotraumatisme



Nom du patient(e) :	Prénom :
Date de naissance :/...../.....	
Adresse :	
Téléphone :	
Adresse mail :	

DIAGNOSTIC ACTUEL

Trouble dépressif : Trouble bipolaire : Troubles anxieux : Trouble de la personnalité : Addictions :
TSPT : Ne sais pas : Autre (précisez) :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Pourquoi souhaitez-vous nous orienter votre patient(e) ?

Type d'évènements, si connu (agression(s), accident de la voie publique, accident de travail, prise d'otage, parcours migratoire...) et les dates :

Symptômes encourageant une orientation au CRP (reviviscences, cauchemars, Flashbacks, évitement...) :

ATCD de suivi pour cette problématique (psychiatrique, psychologique, autre) :

Nombre d'hospitalisation* |__|__|

***Joindre impérativement les CRH**

Date |__|__|__| Lieu

Date |__|__|__| Lieu

Date |__|__|__| Lieu

Date |__|__|__| Lieu

Date |__|__|__| Lieu

Date |__|__|__| Lieu

Date |__|__|__| Lieu

Nombre de TS |__|__|

Comportements auto-agressifs : Oui Non

Comorbidité anxieuse : Oui Non

Si oui, laquelle/lesquelles :

Comorbidité addictive : Oui Non

Si oui, laquelle/lesquelles :

Comorbidité somatique : Oui Non

Si oui, laquelle/lesquelles :

Merci de préciser si votre patient souffre d'asthme, de diabète ou de problèmes cardiaques.

Antécédents familiaux psychiatriques : Oui Non

Si oui, lequel/lesquels :



DEMANDE DE PREMIÈRE CONSULTATION Centre Régional du Psychotraumatisme

Nom du patient(e) :	Prénom :
Date de naissance :/...../.....	
Adresse :	
Téléphone :	
Adresse mail :	

TRAITEMENTS ACTUELS

NOM	DOSE JOURNALIÈRE	DEPUIS LE

VOS ATTENTES ET CELLES DE VOTRE PATIENT(E) CONCERNANT CETTE CONSULTATION

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR

Demande remplie par : Le :/...../..... Suivi par vos soins depuis le :/...../.....

Médecin psychiatre Médecin généraliste Autre spécialiste

N° tél médecin* : Email :

**Pour pouvoir vous joindre plus facilement, si nécessaire*

CACHET

IDENTIFICATION DU DESTINATAIRE

Formulaire à adresser par voie postale au Centre Régional du Psychotraumatisme à l'adresse suivante :

Centre Régional du Psychotraumatisme - CRP
Hôpital Lapeyronie - CHU de Montpellier
Département d'Urgences et Post-Urgences Psychiatriques
371 avenue du Doyen Gaston Giraud 34295 Montpellier Cedex 5

Après avoir envoyé ce document, veuillez demander à votre patient de contacter le secrétariat pour planifier le rendez-vous :

Tél : 04 67 33 85 99
Du lundi au vendredi de 9h00 à 12h30
crpoccitanie@chu-montpellier.fr