

DEMANDE D'ÉVALUATION
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 : ☐ 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 (symptômes TSPT) :

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

Le patient est-il en faveur de la mise en place d'un traitement ?

Nombre d'hospitalisation* |__|__|

***Joindre impérativement les CRH**

Date |__|__|__| Lieu

Date |__|__|__| Lieu

Date |__|__|__| Lieu

Date |__|__|__| Lieu

Date |__|__|__| Lieu

Date |__|__|__| Lieu

Date |__|__|__| Lieu

Nombre de TS |__|__|

Antécédents familiaux psychiatriques :

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel/lesquels :

.....

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.

Contre-indication au bêta-bloquant :

Asthme : ☐ Oui ☐ Non

Diabète : ☐ Oui ☐ Non

Syndrome de Reynaud : ☐ Oui ☐ Non

Bloc auriculo-ventriculaire de haut degré : ☐ Oui ☐ Non

Insuffisance cardiaque : ☐ Oui ☐ Non

DEMANDE D'ÉVALUATION
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 12h00
crpoccitanie@chu-montpellier.fr