

**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** (symptômes TSPT) :

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

**Nombre d'hospitalisation\*** |\_\_|\_\_|

**\*Joindre impérativement les CRH**

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 12h00  
[crpoccitanie@chu-montpellier.fr](mailto:crpoccitanie@chu-montpellier.fr)