

FICHE DE 1ER CONTACT

► Informations personnelles

Date dépôt du dossier : /

Nom :

Prénoms :

Date de naissance : /

Nom de jeune fille :

Genre : F M Neutre

Situation familiale :

Adresse :

Ville :

E-mail :

Téléphone :

Médecin traitant :

► Motif de l'adressage

Adressé par : Médecin traitant Psychiatre Psychologue Autre :

Raisons de l'adressage : Agression/violence Catastrophe naturelle
 Agression sexuelle Accident de voie publique

Autre :

Délai depuis le dernier évènement marquant : < 1 semaine < 1 mois < 6 mois < 1 an
 < 2 ans > 2 ans

Type d'exposition : Cela m'est arrivé J'en ai été témoin Je l'ai appris Arrivé au travail
(plusieurs réponses possibles)
 Évènement unique
 Évènement répété/prolongé

Vos symptômes :

Êtes vous suivis par : Psychiatre Psychologue
(plusieurs réponses possibles)

Nom du/des professionnel.s :

Modalités de consultation : En libéral Centre Médico-psychologique

Autre :

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

Oui Non Je ne sais pas

Si oui quel type de psychothérapie ?

Thérapie Comportementale et Cognitive

Hypnose

Thérapie de reconsolidation

Je ne sais pas

EMDR

Autre :

Avez vous un traitement médicamenteux ?

Oui Non Je ne sais pas

Si oui, lesquels :

➡ Adresse de contact : crp.contact@chru-strasbourg.fr

A l'issue de votre entretien d'évaluation, votre situation sera discutée en réunion et nous vous contacterons afin d'évoquer les suites de votre adressage

➡ PARTIE RÉSERVÉE AU CENTRE PSYCHOTRAUMA

Date de réunion : / /

Orientation : Libéral

Centre Psychotrauma

CMP

Médecin traitant

Liste d'attente

Adulte

Psychiatre libéral

Priorisation

Secteur : G0_____

Psychologue libéral

File active

Enfants

Secteur : I0_____

Autre :