

DEMANDE D'ÉVALUATION AU CENTRE REGIONAL DU PSYCHOTRAUMATISME ENFANTS-ADOLESCENTS

Cette fiche est à renseigner par le médecin adresseur.

Merci de la compléter intégralement et de la retourner à l'adresse :

psychotraumasupea@chu-toulouse.fr

Date de la demande :

NOM et Prénom du patient	
Date de naissance	
Adresse complète Adresse des parents (si différente)	
Téléphone des parents	Parent 1 : Parent 2 : E-Mail :
Coordonnées du médecin adresseur	Nom : Téléphone : E-mail : Date de la dernière consultation :
Suivi actuel :	Médecin généraliste : Pédopsychiatre : Psychologue :

Antécédents psychiatriques personnels et familiaux	
Tableau clinique : (nature de l'événement traumatique, symptomatologie observée, prise en charge actuelle)	
Motifs de la demande et Objectifs attendus du CRPOc	