Centre régional du psychotraumatisme Occitanie

CHU TOULOUSE

Cadre réservé au CEST
Date de réception de la demande :
Date d'avis :
Avis :
Commentaire :

Fiche de demande médico-psychologique pour un bilan au Centre Expert Stress Traumatique

Informations :
Toute demande se fait sur adressage d'un médecin traitant.

- Si vous êtes actuellement suivi·e par un psychiatre, veuillez lui faire compléter les sections suivantes (informations médico-psychologiques et informations sur le ou les événements traumatiques).
- Si vous ne bénéficiez pas d'un suivi psychiatrique, veuillez faire compléter les sections suivantes par votre médecin généraliste.

Merci de la compléter intégralement et de la retourner à l'adresse suivante :
psychotrauma@chu-toulouse.fr
Seules les demandes complètes seront traitées.

Date de la demande (JJ/MM/AAAA) : ____ / ____ / ____

NOM et Prénom du patient : _____

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : ____ / ____ / ____

Informations médico-psychologiques (à compléter par le psychiatre ou médecin traitant)

Motif de la demande : ☐ Evaluation diagnostique ☐ Evaluation d'indication thérapeutique ☐ Téléexpertise

Antécédents psychiatriques :

Antécédents somatiques / chirurgicaux :

Suivis psychiatriques et psychologiques antérieurs et arrêtés : *Veuillez indiquer les dates du dernier suivi pour chaque prise en charge dont le patient a bénéficié :*

	De (MM/AAAA) à (MM/AAAA)	Nom du professionnel référent :
☐ CMP	De à	
☐ Hospitalisation *(Joindre comptes-rendus)*	De à	
☐ HDJ / CATTP	De à	
☐ Psychiatre libéral	De à	
☐ Psychologue libéral	De à	
☐ Autres, préciser :	De à	

Suivis psychiatriques et psychologiques en cours : *Veuillez indiquer depuis quand le patient bénéficie de cette / ces prises en charge :*

	De (MM/AAAA) à (MM/AAAA)	Nom du professionnel référent :
☐ CMP	De à	
☐ Hospitalisation *(Joindre comptes rendus)*	De à	
☐ HDJ / CATTP	De à	
☐ Psychiatre libéral	De à	
☐ Psychologue libéral	De à	
☐ Autres, préciser :	De à	

Le patient a-t-il déjà bénéficié d'une psychothérapie centrée sur le psychotraumatisme ?

☐ Oui ☐ Non

Veuillez préciser en indiquant la durée de celles-ci :	Dates : de (MM/AAAA) à (MM/AAAA)
☐ TCC	De à
☐ EMDR	De à
☐ Thérapie de la reconsolidation (Propranolol)	De à
☐ Autres : préciser :	De à

Informations sur le ou les événements traumatiques

Evénement(s) motivant la demande de bilan :

☐ Violences physiques/sexuelles (y compris dans le cadre de violences conjugales / intrafamiliales)

☐ Accidents graves (ex : accident de la voie publique, accident de travail, incendie, explosion …)

☐ Evénements de guerre

☐ Attentats

☐ Catastrophes naturelles ou civiles

☐ Deuil brutal

Date(s) et description brève du / des événement(s) :

Symptomatologie actuelle :

Souvenirs répétés, involontaires et désagréables ? ☐Oui ☐Non
(sous formes d'images mentales, odeurs, bruits, sensations)

Cauchemars en lien avec l'événement traumatique ? ☐Oui ☐Non

Autres symptômes psychologiques dont se plaint spontanément le patient :

Traitement(s) médicamenteux actuels et posologie : *Veuillez joindre à la demande les dernières ordonnances de tous les traitements médicamenteux actuels (somatiques et psychiatriques)*

Nom du demandeur : Dr Date : / / Courriel : @ Téléphone :	Tampon et signature :