



Cadre réservé au CEST

Date de réception de la demande :

Date d'avis :

Avis :

Commentaire :

Fiche administrative préalable au bilan au Centre Expert Stress Traumatique

Merci de compléter la demande 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) :

Informations générales (à compléter par le patient)

Nom :	Prénom :
Date de naissance (JJ/MM/AAA) :	
Adresse postale : 	
Tél. :	
Courriel : @	

Langue à privilégier pour la prise en charge :

☐ Français (langue natale/ courant)

☐ Autre :

Veillez indiquer ci-dessous toutes les coordonnées de vos professionnels de soins actuels :

☐ Médecin généraliste :	
Nom :	Tél. :
Courriel : @	
☐ Psychiatre :	
Nom :	Tél. :
Courriel : @	
☐ Psychologue :	
Nom :	Tél. :
Courriel : @	

☐ **Je consens à cette demande de bilan**

☐ **J'ai informé ma/mon psychiatre (le cas échéant) de cette demande de bilan.**

☐ **J'ai informé ma/mon psychologue (le cas échéant) de cette demande de bilan.**

(Vous pouvez joindre à la demande de bilan un courrier de votre psychologue si vous souhaitez qu'il/elle transmette des informations supplémentaires à cette demande).

Date :

Signature :