Fiche de demande

**PSychothérapie EMDR en groupe**

**pour les personnes en situation d’EXIL**

**A retourner à : heh.secretariatcrp@chu-lyon.fr**

**N.B Merci de vous assurer au préalable du consentement explicite du patient avant toute transmission d’informations personnelles**

**Demande effectuée par :**

Nom :

Profession :

Structure :

Tél :

Courriel :

Date de la demande :

**PATIENT(E) :**

[ ]  Madame [ ]  Monsieur Nationalité :

Nom : Langues parlées :

Prénom : Nécessité d’un interprète : [ ]  Oui [ ]  Non

Date de naissance : Si oui, langue souhaitée :

Adresse :

Tél : Maitrise de la lecture : [ ]  Oui [ ]  Non

Courriel :

**Statut :**

[ ]  en demande d’asile [ ]  débouté de la demande d’asile

[ ]  OFPRA [ ]  CNDA [ ]  Dublin

[ ]  Statutaire (réfugié/protection subsidiaire) [ ]  autre :

**Couverture médicale :** [ ]  PUMA-CMUC [ ]  AME  [ ]  en attente

**Accompagnement social :** [ ]  OUI  [ ]  NON

Nom et coordonnées :

**Hébergement :** [ ]  appartement [ ]  foyer  [ ]  squat [ ]  tiers [ ]  famille

Stabilité de l’hébergement (à préciser) :

**Eléments biographiques, emploi actuel, famille, ressources (soutien des proches, activités…) :**

**INFORMATION MEDICALES**

Antécédents psychiatriques personnels et consommation de toxiques :

Antécédents psychiatriques familiaux :

**SOINS ACTUELS :**

Nom du médecin traitant :

Coordonnées :

Pathologies somatiques :

Soins psychiques en cours :

Nom et fonction des professionnels :

Coordonnées :

**Historique des soins psychiques :**

**SYNTHESE DES EVENEMENTS PSYCHOTRAUMATIQUES :**

**SYNTHESE DES SYMPTOMES ACTUELS DU PATIENT :**

## **Traitement(s) actuel(s) et posologie :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Molécule | Posologie | Date d’introduction |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |