Fiche de demande

**SOUTIEN A LA PRISE EN CHARGE**

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

**N.B LES DEMANDES MANUSCRITES NE SERONT PAS PRISES EN COMPTE**

**Demande effectuée par :**

Nom du professionnel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

[ ]  Psychiatre [ ]  Psychologue

Date de la demande : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**PATIENT(E) :**

[ ]  Madame [ ]  Monsieur Identité de genre : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Nom :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Prénom :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Date de naissance :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**Courriel\* :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.**\*obligatoire car le patient peut être contacter par mail**

Tél : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Médecin traitant : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Tél/courriel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Psychiatre traitant : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Tél/courriel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Si approche psychothérapeutique : [ ]  TCC [ ]  EMDR [ ]  intégrative [ ]  humaniste

 [ ]  psychodynamique [ ]  psychanalytique [ ]  autre :

Psychologue traitant : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Tél/courriel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Approche psychothérapeutique : [ ]  TCC [ ]  EMDR [ ]  intégrative [ ]  humaniste

 [ ]  psychodynamique [ ]  psychanalytique [ ]  autre :

**LA DEMANDE CONCERNE (1 choix possible)**

[ ]  Bilan psychiatrique : réévaluation médicamenteuse, comorbidités

[ ]  Pistes d’évaluation diagnostique (psycho & psychiatre)

[ ]  Pistes de travail entre professionnel.les (psychologues ou psychiatres pratiquant une psychothérapie, avec un psychologue du CRP, visio/présentiel)

**Précisez la demande :**

**Evènement(s) traumatique(s) vécu(s) et date(s) :**

## **Antécédents PSYCHIATRIQUES personnels et consommation de toxiques :**

## **Antécédents PSYCHIATRIQUES familiaux :**

## **Antécédents SOMATIQUES personnels :**

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

**Synthèse des symptômes actuels du patient :**

## **Historique des prises en charge (suivis psychologiques et psychiatriques, éléments travaillés…) :**

## **Troubles cognitifs (neuro-développementaux, traumatisme crânien, maladie génétique...) :**

## **Traitement actuel et posologie :**

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