



Consultations de Crise et Psychotrauma (CCP)

Demande d'évaluation du psychotrauma

INFORMATIONS PATIENT

DATE : / /

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

TELEPHONE : MAIL :

IDENTIFICATION DU PRATICIEN ADRESSEUR

NOM-PRENOM :

☐ Médecin psychiatre TELEPHONE :

☐ Médecin généraliste MAIL :

☐ Psychologue

☐ Autre spécialité, préciser :

ÉVÈNEMENT TRAUMATIQUE MOTIVANT LA DEMANDE

Date de l'évènement :

Éléments de contexte :

.....

Type de traumatisme : ☐ Évènement unique ☐ Exposition répétée

Le patient est : ☐ Victime ☐ Proche de la victime

☐ Témoin ☐ Professionnel de santé, du secours

☐ Acteur ☐ Professionnel du social

SYMPTOMATOLOGIE

☐ Hypervigilance ☐ Cauchemars ☐ Troubles du sommeil

☐ Difficultés à réguler ses émotions ☐ Isolement ☐ Troubles de l'appétit

☐ Flash-back ☐ Reviviscence ☐ Troubles de la concentration

☐ Évitement ☐ Dissociation ☐ Idées suicidaires

☐ Anxiété ☐ Conduites à risque ☐ Croyances négatives sur soi

LE PATIENT A-T-IL DÉJÀ BÉNÉFICIÉ D'UNE PSYCHOTHÉRAPIE CENTRÉE SUR LE TRAUMA ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui préciser : ☐ TCC ☐ ICV

☐ EMDR ☐ Autre, préciser :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Antécédents somatiques / chirurgicaux :

.....

.....

.....

Antécédents psychiatriques :

☐ OUI

☐ NON

Préciser :

.....

Comportement suicidaire ou parasuicidaire :

☐ OUI

☐ NON

Préciser :

.....

Conduites addictives :

☐ OUI

☐ NON

☐ Tabac

☐ Cannabis

☐ Alcool

☐ Autre, préciser :

Antécédents familiaux psychiatriques :

☐ OUI

☐ NON

Préciser :

.....

ANTÉCÉDENTS DE SUIVI PSYCHIATRIQUE ET/OU PSYCHOLOGIQUE / HOSPITALISATIONS

.....

.....

.....

TRAITEMENTS ACTUELS (somatiques et psychiatriques)

Traitement :	Posologie :	Introduit le :

Formulaire à envoyer par mail à : ccp@ch-montauban.fr ou à faxer au : 05.63.92.84.23

CONSULTATIONS DE CRISE ET PSYCHOTRAUMA

Pavillon Charcot, Centre Hospitalier Montauban

100 rue Léon Cladel-82000 Montauban

Tél : 05.63.92.84.24