Centre Régional
Psychotraumatisme
Sud Aquitaine

DOSSIER DE DEMANDE D'EVALUATION

A compléter par le médecin adresseur

A adresser à crpsychotraumato@ch-perrens.fr

Merci de bien vouloir remplir au mieux votre demande
Tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte

- **Date de la demande :**

- **Coordonnées et informations patient :**

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ E-Mail : _____

Numéro de sécurité sociale : _____

- **Suivi actuel**

Médecin généraliste : _____Tél : _____

Psychiatre : _____Tél :_____

Psychologue :_____Tél :_____

- **Contexte de la demande**

Nature et ancienneté de l'événement potentiellement traumatique :

Symptomatologie observée :

Prise en charge actuelle :

Traitement en cours :

Antécédents personnels :

- *Psychiatriques :*

- *Somatiques :*

- **Motif de la demande**

- **Médecin demandeur**

Docteur _____

Spécialité : _____

Téléphone : _____

E-mail : _____

Signature et cachet