



Centre Régional
Psychotraumatisme
Sud Aquitaine

DOSSIER DE DEMANDE D'ÉVALUATION

A compléter par le médecin adresseur

A adresser à crpsychotraumato@ch-perrens.fr

▪ **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 de l'événement potentiellement traumatique :

Symptomatologie observée :

Prise en charge actuelle :

Traitement en cours :

Antécédents personnels :

- *Psychiatriques :*

- *Somatiques :*

▪ **Médecin demandeur**

Docteur _____

Spécialité : _____

Téléphone : _____

E-mail : _____

Signature et cachet