

Fiche de demande d'évaluations / soins de réhabilitation psychosociale

par l'équipe Évaluation, Soins Spécifiques et Orientation Rétablissement

A envoyer à essor@ch-perrens.fr ou à faxer au 05 56 56 35 46

Date de la demande :

Fiche complétée par (nom, fonction, adresse, téléphone, mail) :

Demande d'évaluations / soins pour :

Nom :

Prénom :

Date naissance |_|_| |_|_| |_|_|_|_| Femme Homme

Adresse :

Numéro de téléphone :

Mail :

Autres intervenants (IDE de secteur, libéral; psychologue; orthophoniste; ergothérapeute...) : Nom, Prénom, Tél :

Autres adressages en cours ? (C2RP, CRPS, équipe de neuropsychiatrie, CREDAH, CRA, centres experts...) :



Quelle est la situation actuelle de l'utilisateur ?

- En cours d'hospitalisation :
- sur une unité d'admission
 - sur une unité de réhabilitation psychosociale

- Suivi en ambulatoire

Quel est le degré d'adhésion de l'utilisateur à ces évaluations / soins par l'équipe ESSOR ?

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 *Tout à fait d'accord*

Motif(s) de demande d'évaluations / soins de réhabilitation psychosociale par l'équipe ESSOR

- Bilan neuropsychologique et / ou remédiation cognitive
- Bilan et aide à l'autonomie sociale
- Évaluation dans le cadre d'une résistance médicamenteuse
- Autre motif : préciser

Attentes concernant le bilan :

Diagnostic psychiatrique principal :

Traitement médicamenteux actuel (incluant les traitements non psychiatriques), joindre l'ordonnance actuelle :