

FICHE D'ENTRÉE CONSULTATION DE PSYCHOTRAUMATOLOGIE TRAUMACARE

Date de la demande :

Patient ou patiente

Nom

Prénom

Date de naissance

Adresse

.....

Téléphone

Mail

Demandeur

Nom

Prénom

Catégorie prof.

Adresse

.....

Téléphone

Mail

Motif de la demande																																		
<p>Évaluation diagnostique du trouble psychotraumatique et/ou</p> <p>Demande de suivi du trouble psychotraumatique</p>	<p>Préciser trouble psychotraumatique si connu :</p> <table border="0" data-bbox="564 981 1442 1128"> <tr> <td>Trouble de stress post-traumatique</td> <td>Amnésie dissociative</td> </tr> <tr> <td>Trouble de stress post-traumatique complexe</td> <td>Dépersonnalisation/déréalisation</td> </tr> <tr> <td>Trouble dissociatif de l'identité</td> <td>Autre trouble dissociatif spécifié</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Trouble dissociatif non spécifié</td> </tr> </table> <table border="0" data-bbox="533 1151 1458 1621"> <tr> <td>Comorbidités psychiatriques :</td> <td>Comorbidités addictologiques :</td> </tr> <tr> <td>Trouble panique</td> <td>Trouble de l'usage des substances</td> </tr> <tr> <td>Agoraphobie</td> <td>Si oui, préciser la ou les substances :</td> </tr> <tr> <td>Trouble anxiété généralisée</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Phobie sociale</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Trouble obsessionnel compulsif</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dépression</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Trouble bipolaire</td> <td></td> </tr> <tr> <td>THADA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Troubles des conduites alimentaires</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Trouble de la personnalité borderline</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Autre :</td> <td></td> </tr> </table>		Trouble de stress post-traumatique	Amnésie dissociative	Trouble de stress post-traumatique complexe	Dépersonnalisation/déréalisation	Trouble dissociatif de l'identité	Autre trouble dissociatif spécifié		Trouble dissociatif non spécifié	Comorbidités psychiatriques :	Comorbidités addictologiques :	Trouble panique	Trouble de l'usage des substances	Agoraphobie	Si oui, préciser la ou les substances :	Trouble anxiété généralisée		Phobie sociale		Trouble obsessionnel compulsif		Dépression		Trouble bipolaire		THADA		Troubles des conduites alimentaires		Trouble de la personnalité borderline		Autre :	
Trouble de stress post-traumatique	Amnésie dissociative																																	
Trouble de stress post-traumatique complexe	Dépersonnalisation/déréalisation																																	
Trouble dissociatif de l'identité	Autre trouble dissociatif spécifié																																	
	Trouble dissociatif non spécifié																																	
Comorbidités psychiatriques :	Comorbidités addictologiques :																																	
Trouble panique	Trouble de l'usage des substances																																	
Agoraphobie	Si oui, préciser la ou les substances :																																	
Trouble anxiété généralisée																																		
Phobie sociale																																		
Trouble obsessionnel compulsif																																		
Dépression																																		
Trouble bipolaire																																		
THADA																																		
Troubles des conduites alimentaires																																		
Trouble de la personnalité borderline																																		
Autre :																																		
<p>Attentes du ou de la psychologue/psychiatre adresseur</p>																																		
<p>Attentes du ou de la patiente</p>																																		

Renseignements cliniques

Date de début des troubles :

Anamnèse psychotraumatique si connue :

Anamnèse récente :

Traitements actuels

Molécule : _____ Date d'instauration : _____
Posologie actuelle : _____ A cette posologie depuis le : _____
Dosage plasmatique ? Oui Non Si oui, date et résultat : _____

Molécule : _____ Date d'instauration : _____
Posologie actuelle : _____ A cette posologie depuis le : _____
Dosage plasmatique ? Oui Non Si oui, date et résultat : _____

Molécule : _____ Date d'instauration : _____
Posologie actuelle : _____ A cette posologie depuis le : _____
Dosage plasmatique ? Oui Non Si oui, date et résultat : _____

Comorbidités somatiques:**La ou le patient a-t-il déjà bénéficié d'une imagerie cérébrale ?**

Oui Non
Si oui: IRM TDM EEG
Date : _____ Motif : _____
Résultats (compte-rendu à nous faire parvenir) : _____

La ou le patient a-t-il déjà bénéficié d'un examen polysomnographique ?

Oui Non
Si oui, date : _____ Motif : _____
Résultats (compte-rendu à nous faire parvenir) : _____

Besoin d'un ou d'une interprète ?

Oui Non Merci de préciser la langue souhaitée : _____

Dates des rendez-vous (cadre réservé au secrétariat)

Avec : _____ Le : _____