

# 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	
Evaluation diagnostique Demande de suivi	Agoraphobie Trouble panique Phobie spécifique TAG Anxiété sociale TOC  Symptômes en lien avec un/des traumatismes Si diagnostic psychotraumatique déjà retenu, préciser le(s)quel(s) (TSPT, trauma complexe, etc.):
Attentes du ou de la psychologue/psychiatre adresseur	
Attentes du ou de la patiente	

Renseignements cliniques
Date de début des troubles et contexte : Anamnèse récente :

## Antécédents psychiatriques :

**Psychothérapie effectuée?**    Oui    Non

Si oui, quel modèle ?

Date de début :

Nombre de séances effectivement réalisées :

Adhésion:    Bonne    Moyenne    Médiocre

## Historique des traitements

Molécule :

Date d'instauration :

Posologie maximale :

Durée à cette posologie :

Dosage plasmatique?    Oui    Non    Si oui, résultat :

---

Molécule :

Date d'instauration :

Posologie maximale :

Durée à cette posologie :

Dosage plasmatique?    Oui    Non    Si oui, résultat :

---

Molécule :

Date d'instauration :

Posologie maximale :

Durée à cette posologie :

Dosage plasmatique?    Oui    Non    Si oui, résultat :

---

Molécule :

Date d'instauration :

Posologie maximale :

Durée à cette posologie :

Dosage plasmatique?    Oui    Non    Si oui, résultat :

---

Molécule :

Date d'instauration :

Posologie maximale :

Durée à cette posologie :

Dosage plasmatique?    Oui    Non    Si oui, résultat :

---

Molécule :

Date d'instauration :

Posologie maximale :

Durée à cette posologie :

Dosage plasmatique?    Oui    Non    Si oui, résultat :

**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 : \_\_\_\_\_