



Programme TRE - Demande d'évaluation

(à faxer au 022 305 45 99)

Nom de l'envoyeur : _____

Unité : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Concerne : Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le: _____ Tél. : _____

La personne concernée :

présente un risque suicidaire ? Oui / Non*

a des comportements auto-dommageables ?
(par ex.: coupures, abus de médicaments, ...) Oui / Non

est en rupture de traitement habituel ou n'a pas de suivi ? Oui / Non

a un problème d'impulsivité ? Oui / Non

a un problème de régulation des émotions ? Oui / Non

a un problème de dépendance aux substances psycho-actives ? Oui / Non

* entourer la réponse adéquate

Autres indications utiles :
