FORMULAIRE D'ADRESSAGE POUR PROFESSIONNELS

Les Centres Régionaux du Psychotraumatisme (CRP), coordonnés par le Centre national de ressources et de résilience (Cn2r), ont pour vocation d'offrir des lieux d'orientation et/ou de Consultations spécialisées pour les personnes victimes de psychotraumatismes, indépendamment de la nature du traumatisme vécu ou des populations concernées.
Le CRP Bourgogne-Franche-Comté, offre une expertise aux professionnels du soin de psychiatrie générale et du psychotraumatisme. A ce titre, il ne s'inscrit pas dans une offre de soin courant.

Nous vous invitons à faire compléter ce formulaire d'adressage et, à nous le retourner complet et dactylographié par courriel.
Le CRP se réserve le droit de **ne pas traiter les dossiers incomplets.**

Centre Régional du Psychotraumatisme du CHU Dijon : 03.80.66.91.28

- Mail : crpsychotraumabfc@chu-dijon.fr

Patient adressé :

Nom :
Prénom :
Age :
Date de naissance :
Sexe : ☐ M ☐ F

Adresse :

Téléphone :

Mail :

☐ Accord du patient (obligatoire)

Type de demande :

Date de la demande :
Motif de la demande : (cocher la case correspondante)

☐ Suivi psychothérapeutique + filières proposées ☐ Evaluation diagnostic ☐ Avis pharmacologique

☐ Autre :

A l'issue de l'évaluation, l'équipe du CRP Bourgogne proposera ses préconisations quant à une éventuelle prise en charge ou une orientation

Demande effectuée par :

Nom :
Profession : (cocher la case correspondante)

☐ Psychiatre ☐ Psychologue ☐ Médecin traitant

☐ Autre :

Mail : Téléphone :

Si la demande n'émane pas du médecin traitant :

Nom du médecin traitant :
Adresse :
Mail :

☐ Informé de l'adressage au CRP Bourgogne (dans l'intérêt du patient, une coordination est atte

Evènement traumatogène motivant la demande

Date de l'évènement :

Nature de l'évènement :

Synthèse des symptômes actuels du patient (te)

Symptômes de TSPT ou TSPT complexe :

☐ Symptômes d'intrusion ☐ Evitements ☐ Perturbation du concept de soi

☐ Dysrégulation des relations interpersonnelles ☐ Altération de la réactivité (Hypervigilance)

☐ Altération des cognitions et de l'humeur ☐ Dysrégulation affective et émotionnelle

Eléments de contexte :

Descriptif des comorbidités :

Suivi actuel du patient (te) :

Psychiatre –
Nom Prénom :
Date de début de la PEC :

☐ Informé de l'adressage au CRP Bourgogne si différent de l'adresseur
Dans l'intérêt du patient une coordination en amont est attendue

Adresse :

Mail :
Téléphone :

Psychologue –
Nom Prénom :
Date de début de la PEC :

☐ Informé de l'adressage au CRP Bourgogne si différent de l'adresseur
Dans l'intérêt du patient une coordination en amont est attendue

Adresse :

Mail :
Téléphone :

Historique des prises en charge (le cas échant)

Le patient a-t-il bénéficié d'une thérapie centrée sur le psychotraumatisme (TCC, EMDR…) :

☐ Oui ☐ Non Si oui, laquelle et à quelle date :

Traitement actuel et posologie

Nom Traitement	Posologie	Date d'introduction	Indications

Antécédents Psychiatriques personnels :
Descriptif :

Antécédents somatiques personnels :
Descriptif :

Comorbidités addictives :
Descriptif :

Antécédents Psychiatriques Familiaux :
Descriptif :

Eléments biographiques importants :
Descriptif :

Signature et cachet :