

## Demande de prise en charge au centre psychotraumatisme

<b>Demande effectuée par (nom) :</b> .....	<b>Date de la demande :</b> .... / .... / .....
<b>Fonction et lieu d'exercice :</b> .....	
<b>Tel :</b> .....	
<b>Mail :</b> .....	
<b>Signature / Tampon :</b>	

<b>Patient(e)</b>	
<b>Nom et Prénom :</b> .....	<b>Date de naissance :</b> .... / .... / .....
<b>Adresse :</b> .....	
<b>Tel :</b> .....	
<b>Médecin traitant :</b> .....	
<b>Psychiatre référent / psychologue :</b> .....	

**Évènement(s) traumatique(s) à l'origine de la demande :**

.....

.....

.....

**Antériorité de(s) l'évènement(s) :** .....

**Antécédent(s) psychiatrique(s) :**

.....

.....

**Trouble(s) de l'usage actuel/passé :**

.....

.....

**Brève synthèse des symptômes psychotraumatiques actuels :**

.....

.....

.....

**Prise en charge actuelle :**

.....

**Traitement en cours :**

.....

.....

.....