

CENTRE DE CONSULTATIONS SPECIALISEES EN PSYCHOTRAUMATOLOGIE DU LOIR-ET-CHER

CSPT 41 – Service de Psychiatrie Générale – Mail Pierre Charlot – 41000 Blois

Accueil : 02.54.74.05.21

Mail : cspsychotrauma41@ch-blois.fr

Demande de soins au centre de consultations spécialisées de
psychotraumatologie du Loir-et-Cher (CSPT 41)

Madame, Monsieur,

Vous vous apprêtez à remplir une demande de prise en charge sur l'unité de CSPT 41.

Ce document comporte 3 parties.

Veillez à renseigner **toutes** les informations ci-dessous et compléter ce document avec la demande du professionnel qui vous oriente (partie 3) : psychiatre, médecin traitant, psychologue....

Merci de nous retourner l'ensemble du dossier complété à l'adresse suivante :

Par mail : cspsychotrauma41@ch-blois.fr

Par courrier : CSPT 41

Service de psychiatrie Adultes

Mail Pierre Charlot

41016 BLOIS

Attention : tout dossier non complet ne pourra être traité.

CENTRE DE CONSULTATIONS SPECIALISEES EN PSYCHOTRAUMATOLOGIE DU LOIR-ET-CHER

PARTIE 1 : MA DEMANDE DE SOINS EN CSPT

RENSEIGNEMENTS DU PATIENT (à compléter par le patient)

Date de la demande :

Orienté par :

Médecin traitant : Insérer du texte ici

Psychiatre traitant : Insérer du texte ici

Autre professionnel : Insérer du texte ici

IDENTITE DU PATIENT : (veuillez nous fournir une photocopie de votre pièce d'identité)

Sexe : masculin féminin non généré

Nom : Insérer du texte ici

Nom de naissance : Insérer du texte ici

Prénom : Insérer du texte ici

N° de sécurité sociale : Insérer du texte ici

Date et lieu de naissance : Insérer du texte ici

Nationalité : Insérer du texte ici

Langues parlées : Insérer du texte ici

Statut marital : Insérer du texte ici

Nombre d'enfants : Insérer du texte ici

Profession : Insérer du texte ici

CONTACT DU PATIENT :

Adresse postale : Insérer du texte ici

Adresse mail : Insérer du texte ici

Numéro de téléphone : Insérer du texte ici

Ma personne de confiance : Insérer du texte ici

Numéro de téléphone de ma personne de confiance : Insérer du texte ici

Coordonnées du médecin traitant : Insérer du texte ici

Coordonnées du médecin psychiatre : Insérer du texte ici

Coordonnées du psychologue : Insérer du texte ici

Personne à prévenir en cas d'urgence : Insérer du texte ici

Je suis d'accord pour qu'un courrier de liaison de l'unité de consultations spécialisées de psychotraumatologie soit envoyé à mon médecin traitant et / ou mon psychiatre/psychologue :

Oui

Non

CENTRE DE CONSULTATIONS SPECIALISEES EN PSYCHOTRAUMATOLOGIE DU LOIR-ET-CHER

LA DEMANDE DE SOINS :

Qu'est-ce qui vous fait le plus souffrir actuellement ?

Insérer du texte ici

Qu'est-ce que vous aimeriez voir évoluer / changer ?

Insérer du texte ici

Etes-vous actuellement suivi(e) en rapport avec les traumatismes ? Si oui qu'attendez-vous d'avantage d'un accompagnement en CSPT ?

Insérer du texte ici

Consommation de toxiques ?

Tabac : si oui en quelle quantité ? Insérer du texte ici

Alcool : si oui en quelle quantité ? Insérer du texte ici

Cannabis ? Si oui en quelle quantité ? Insérer du texte ici

Autres ? Précisez : Insérer du texte ici

En quelle quantité ? Insérer du texte ici

Quelles sont vos disponibilités hebdomadaires ? (Merci de cocher vos temps disponibles)

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	vendredi
9h00-12h30					
13h30-17h					

CENTRE DE CONSULTATIONS SPECIALISEES EN PSYCHOTRAUMATOLOGIE DU LOIR-ET-CHER

PARTIE 2 : LES SYMPTOMES

Si vous souhaitez remplir cette échelle dans une autre langue, veuillez retrouver la version adaptée au lien suivant : <https://gps.global-psychotrauma.net/gps?lang=fr>

Parfois, des situations inhabituelles, effrayantes, horribles ou traumatiques peuvent survenir

Décrivez brièvement l'évènement ou l'expérience qui vous affecte le plus présentement :
Insérer du texte ici

- Cet évènement a eu lieu :

Dans le mois dernier	Dans les 6 derniers mois
Dans l'année passée	Il y a plus longtemps

- Cet évènement :

Etait un évènement isolé, qui est arrivé à l'âge de An(s)

S'est déroulé sur une période plus longue / à plusieurs reprises, entre et ans.

- Lequel ou lesquels des choix ci-dessous décrit l'évènement (plusieurs réponses possibles) :

Violence physique :	A vous-même	Est arrivé à quelqu'un d'autre
Violence sexuelle :	A vous-même	Est arrivé à quelqu'un d'autre
Abus émotionnel :	A vous-même	Est arrivé à quelqu'un d'autre
Blessure sérieuse :	A vous-même	Est arrivé à quelqu'un d'autre
Mort soudaine d'un être aimé	Vous avez fait du mal à quelqu'un	
Corona-virus (covid 19)		

CENTRE DE CONSULTATIONS SPECIALISEES EN PSYCHOTRAUMATOLOGIE DU LOIR-ET-CHER

Considérant l'événement ci-dessus, au cours du mois dernier, avez-vous...

1...eu des cauchemars à propos des événements traumatiques que vous avez vécus, ou avez-vous pensé à ces événements alors que vous ne le vouliez pas?

Oui Non

2...essayé de ne pas penser à ces événements traumatiques, ou avez-vous fait des efforts pour éviter des situations qui vous ont rappelé ces événements?

Oui Non

3...été constamment sur vos gardes, ou vigilant, ou encore avez facilement sursauté? *

Oui Non

4...ressenti un engourdissement émotionnel ou un détachement des gens, des activités ou de votre environnement?*

Oui Non

5...ressenti de la culpabilité ou étiez-vous incapable d'arrêter de vous reprocher, ou de reprocher aux autres ce qui s'est passé pendant ces événements traumatiques, ou à propos des problèmes causés par ces événements?*

Oui Non

6...tendance à vous sentir inutile? *

Oui Non

7...manifesté des réactions de colère que vous ne pouviez pas contrôler? *

Oui Non

8...le sentiment d'être nerveux(se), anxieux(se) ou d'avoir les nerfs à vif? *

Oui Non

9...été incapable d'arrêter d'être inquiet(e) ou de contrôler votre inquiétude? *

Oui Non

CENTRE DE CONSULTATIONS SPECIALISEES EN PSYCHOTRAUMATOLOGIE DU LOIR-ET-CHER
--

10...eu le sentiment d'être découragé(e), déprimé(e) ou désespéré(e)? *

Oui Non

11...éprouvé peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses?*

Oui Non

12...eu des problèmes à vous endormir ou à rester endormi(e)? *

Oui Non

13...essayé de vous blesser intentionnellement?*

Oui Non

14...perçu ou ressenti différemment le monde ou les autres personnes, de sorte que les choses paraissent étranges ou irréelles, ou ressemblent à des rêves?*

Oui Non

15...senti(e) comme si vous étiez détaché(e) ou séparé(e) de votre corps (par exemple, vous sentir comme si vous vous regardiez d'en haut, ou comme si vous étiez un observateur extérieur à votre propre corps)?*

Oui Non

16...eu d'autres difficultés physiques, émotionnelles ou sociales qui vous ont dérangé?*

Oui Non

17...vécu d'autres événements stressants (comme des problèmes financiers, un changement d'emploi, un déménagement, ou un conflit relationnel dans votre vie professionnelle ou personnelle)?*

Oui Non

18...essayé de réduire les tensions ressenties en consommant de l'alcool, du tabac, des drogues, ou des médicaments?*

Oui Non

CENTRE DE CONSULTATIONS SPECIALISEES EN PSYCHOTRAUMATOLOGIE DU LOIR-ET-CHER
--

19...manqué de soutien de la part des personnes sur qui vous pouvez habituellement compter dans les moments difficiles (pour avoir un soutien émotionnel, pour faire garder vos enfants ou vos animaux, pour vous conduire à l'hôpital ou faire des courses, pour vous aider quand vous êtes malade)?*

Oui

Non

20 Avez-vous vécu des événements de vie traumatiques pendant votre enfance (entre 0 et 18 ans)? (par exemple, un accident sérieux ou un incendie, une agression ou abus, physique ou sexuel, une catastrophe, observer quelqu'un se faire tuer ou subir une blessure sérieuse, ou perdre un proche)?*

Oui

Non

21 Avez-vous déjà reçu un diagnostic psychologique ou avez-vous déjà reçu un traitement pour des problèmes psychologiques (par exemple, dépression, anxiété ou trouble de la personnalité)?*

Oui

Non

22 Vous considérez-vous comme une personne généralement résiliente?*

Oui

Non

23 Comment évalueriez-vous votre fonctionnement actuel (au travail / à la maison)?

1 = mauvais 10 = excellent*

CENTRE DE CONSULTATIONS SPECIALISEES EN PSYCHOTRAUMATOLOGIE DU LOIR-ET-CHER

PARTIE 3 : LA DEMANDE DE SOINS DU PROFESSIONNEL QUI M'ADRESSE :

Date de la demande : Insérer du texte ici

Demande effectuée par : Insérer du texte ici

Fonction : Insérer du texte ici

Lieu d'exercice : Insérer du texte ici

Numéro de téléphone : Insérer du texte ici

Adresse Mail :

Nature de(s) évènement(s) rapporté(s) :

Violences physiques	Violences sexuelles	Harcèlement scolaire
Violences morales	Témoin de violence	Acte de terrorisme
Embrigadement sectaire	Deuil traumatique	Torture et violence politique
AVP	Accident de travail	Confrontation à un décès
Accident de transport	Autre accident	Conflit armé
Catastrophe naturelle	Catastrophe sanitaire	Catastrophe industrielle
Traitement et exploitation d'êtres humains	Autre :	

Date de l'évènement : Insérer du texte ici

L'évènement(s) est/sont :

Répété	Unique
--------	--------

Violence au sein du couple ?

Oui	Non
-----	-----

Violence intrafamiliale ?

Oui	Non
-----	-----

Plainte déposée ?

Oui	Non
-----	-----

CENTRE DE CONSULTATIONS SPECIALISEES EN PSYCHOTRAUMATOLOGIE DU LOIR-ET-CHER

Symptomatologie observée et/ou rapportée par le/la patient.e :

Insérer du texte ici

Les antécédents connus :

- Médico- chirurgicaux :

Insérer du texte ici

- Psychiatriques :

Insérer du texte ici

- Addictologiques :

Insérer du texte ici

Traitements en cours et prise en charge actuelle :

Insérer du texte ici

Signature / tampon :