

Dossier de demande d'évaluation
A adresser à psychiatrielegale@ch-gers.fr
Tél. 05.62.60.66.01 de 9h à 17h

Date de la demande :

Professionnel demandeur :

Spécialité : _____

Téléphone : _____

E-mail : _____

Coordonnées et information patient :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ E-Mail : _____

Numéro de sécurité sociale : _____

Contexte de la demande :

Nature de l'événement potentiellement traumatique :

- ☐ Violences volontaires : maltraitance, abus, harcèlement... ;
- ☐ Accidents graves : accidents de la route, de transport, au travail, au domicile ;
- ☐ Morts violentes par suicide, homicide, accident ou maladie ;
- ☐ Parcours d'exil ;
- ☐ Autres : _____

Type d'exposition :

- ☐ Vécu par la personne
- ☐ La personne l'a appris
- ☐ La personne en a été témoin
- ☐ Arrivé au travail

Délai depuis le dernier événement marquant :

☐ ≤1 semaine

☐ ≤1 mois

☐ ≤6 mois

☐ ≤1 an

☐ ≤2 ans

☐ >2 ans

Symptomatologie observée (reviviscences, cauchemars, flashbacks, évitement...) :

Prise en charge actuelle

☐

Médecin traitant

☐

Psychiatre

☐

Psychologue

☐

IDE

Nom du professionnel : _____

Modalités de consultation :

☐

En libéral

☐

Centre médico-psychologique

Antécédents personnels

• Psychiatriques :

• Somatiques :

• Traitement médicamenteux :

Signature

Cachet