

## **Dossier de demande d'évaluation**

A adresser à [psychiatrielegale@ch-gers.fr](mailto:psychiatrielegale@ch-gers.fr)

Tél. 05.62.60.66.01 de 9h à 17h

**Merci de bien remplir la fiche avec tous les éléments demandés**

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 : \_\_\_\_\_

**Le/la patient(e) a-t-il/elle été informé(e) de cette orientation ?**

**OUI**

**NON**

**Le/la patient(e) est-t-il/elle favorable pour cette orientation ?**

**OUI**

**NON**

**Contexte de la demande :**

Type d'exposition :

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

Nature de l'événement potentiellement traumatique :

- Violences conjugales
- Violences sexuelles
- Violences vécues durant l'enfance : - Négligences
  - Maltraitances psychologiques
  - Violences physiques
  - Violences sexuelles
  - Harcèlement
- Agressions physiques
- Accidents de la route
- Morts violentes par suicide, homicide, accident ou maladie ;
- Parcours d'exil
- Incendie
- Catastrophe naturelle
- Autres : .....

Décrivez brièvement le ou les évènements traumatiques (en précisant les dates) : .....

.....

.....

.....

Délai depuis le dernier événement marquant :

≤1 semaine

≤1 mois

≤6 mois

≤1 an

≤2 ans

>2 ans

Symptomatologie observée :

- Reviviscences
- Cauchemars
- Flashbacks
- Evitement (des personnes, des lieux,... en lien avec l'événement traumatique)
- Hypervigilance
- Image négative de soi
- Perturbation du lien social
- Autres : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Prise en charge actuelle

Médecin traitant

Psychiatre

Psychologue

IDE

Début de la prise en charge : .....

Nom du professionnel : .....

Modalités de consultation :

En libéral

Centre médico-psychologique

Le patient avait-il bénéficié d'une thérapie centrée sur le traumatisme  
auparavant : NON

OUI (et laquelle ?) .....

**Antécédents personnels**

• Psychiatriques :

• Somatiques :

Traitement médicamenteux :

Signature

Cachet