

|  |  |
| --- | --- |
| **Psychothérapie de groupe****« Dépression »** | **Date de la demande** :Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |

|  |
| --- |
| **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MEDECIN DEMANDEUR :** |
|  |
| **Nom et Prénom :**  |
|  |
| **Fonction :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
|  |
| **Téléphone : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.** |
|  |
| **Mail :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
|  |
| **Adresse :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
|  |
| **Moyen de communication privilégié : Tél** ☐ **Mail** ☐ **Courrier** ☐ |
|  |
| **Le patient concerné est informé de la demande et a donné son accord : Oui** ☐ **Non** ☐ |
| **Nom et prénom du médecin traitant si différent du demandeur : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.** |
| **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT** **LE PATIENT :** |
|  |
| **Nom et Prénom :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
|  |
| **Date de naissance :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. **Homme** ☐ **Femme** ☐ |
|  |
| **Adresse :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
|  |
| **Tél :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. **E-mail :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
|  |

|  |
| --- |
| **PROFESSIONNELS / STRUCTURES / SERVICES / ÉQUIPES SPÉCIALISÉES**  |
| **Type (Médecin psychiatre, CMP, CRP…)** | **Nom et Prénom du professionnel référent** | **Coordonnées** |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| * **Est-ce que le patient que vous orientez, a déjà participé à un travail de psychothérapie de groupe ?**

 **Oui** ☐ **Non** ☐* **Concernant les troubles dont souffre le patient, quelle est votre hypothèse diagnostique ?**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. * **Avec l’accord du patient, pouvez nous transmettre 2 à 3 éléments significatifs de l’histoire de la maladie ?** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* **Quelle est la date du début des troubles ?** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* **Le patient a-t-il eu des épisodes de rechute ?** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* **Le patient a-t-il des suivis en cours ?**  **Psychiatre** ☐ **Psychologue** ☐

**Autres** ☐ **précisez :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.* **Le patient a-t-il des traitements psychotropes en cours ?**  **Oui** ☐ **Non** ☐

**Précisez :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.* **Le patient a-t-il été hospitalisé en clinique ou en psychiatrie publique ?**
* **Hospitalisation complète : Oui** ☐ **Non** ☐ **Si oui < 5 ans** ☐
* **Hospitalisation de jour : Oui** ☐ **Non** ☐ **Si oui < 5 ans** ☐
* **Hospitalisation de nuit : Oui** ☐ **Non** ☐ **Si oui < 5 ans** ☐
* **Selon vous, quels seraient les réticences du patient à participer à un groupe de psychothérapie (par ex : mobilité, comorbidités somatiques, difficultés de compréhension, anxiété sociale trop massive, difficultés d’adaptation …) ?** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* **Quelles sont les motivations du patient pour participer à un groupe ?**Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* **Quelles sont vos attentes vis-à-vis des groupes thérapeutiques pour ce patient ?** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
 |

**Merci de retourner ce formulaire à Cécile Seyman, chargée de liaison** :

  liaison.mg.psy@chu-tours.mssante.fr

**Pour tout renseignement administratif, contacter le secrétariat :**

 **06.31.72.81.65**

