

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

|  |
| --- |
| RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MEDECIN DEMANDEUR : |
|  |
| Nom et Prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
|  |
| 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. |
| N° Sécurité Sociale : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Profession : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |
| --- |
| **PROFESSIONNELS / STRUCTURES / SERVICES / ÉQUIPES SPÉCIALISÉES**  |
| **Type (PSL, SSIAD, SAAD, EMLA PCPE, CMP…)** | **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. |
| * **Est-ce que le patient que vous orientez a déjà participé à une psychothérapie de groupe ?**

 **Oui** [ ]  **Non** [ ]  * **Depuis combien de temps le patient souffre-t-il de troubles du sommeil ?** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* **S’agit-il plutôt de réveils précoces ou de difficultés d’endormissement ?** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* **Avec l’accord du patient, pouvez nous transmettre 2 à 3 éléments significatifs de l’apparition des troubles ?** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* **Est-ce que les troubles du sommeil s’inscrivent dans une/des difficultés particulières (problèmes somatiques, psychiatriques, sociaux…) ?** 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 hypnotiques en cours ?**  **Oui** [ ]  **Non** [ ]

**Précisez :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.* **Selon vous, quels seraient les réticences du patient à participer à une psychothérapie de groupe (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 concernant cette prise en charge pour ce patient ?** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
 |

**Merci de retourner ce formulaire à la chargée de liaison** :

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

 **06.31.72.81.65**

