**DEMANDE DE CONSULTATION**

 **! valable uniquement avec la prescription psychothérapeutique !**

Date demande :

Envoyeur : Fonction envoyeur :

Tél. : Email :

**DONNEES DU PATIENT :**

Sexe : F [ ]  M [ ]  Date de naissance

Nom : Prénom :

Adresse : Code postal/lieu

Tél. : Email

Date d’arrivée en CH Etat civil

Permis : N [ ]  F [ ]  S [ ]  B [ ]  C [ ]  [ ]  autre

Statut Nationalité :

Origine : Langue :

Assurance : N° assuré·e:

Médecin : Adresse MPR :

Tél. MPR : Email MPR :

Réseau impliqué :

Assistant·e social·e :

Tél. AS : Email AS :

Médication actuelle et/ou antérieure : [ ]  oui [ ]  non

Déjà venu·e à Appartenances [ ]  oui [ ]  non

Besoin d’interprète [ ]  oui [ ]  non

Interprète existant :

Démarches demande d’asile [ ]  en cours [ ] 1er recours [ ]  autres

Situation familiale [ ]  couple [ ]  famille [ ]  autres

Souffrance psychique liée à : [ ]  vécu de guerre/torture [ ]  famille/travail/environnement

 [ ]  migration [ ]  pathologie psychique

Besoin de rapport/certificat : [ ]  oui [ ]  non [ ]  peut-être

**MOTIF DE LA CONSULTATION :**

**Initiative de la demande de consultation**De qui émane la demande de consultation à Appartenances ?

|  |
| --- |
|       |

 **Problème actuel**

Description succincte du problème actuel – motif de la consultation

|  |
| --- |
|       |

 **Contexte du problème**

Description succincte du contexte (social, familial, professionnel du parcours de migration)

|  |
| --- |
|       |

 **Symptomatologie (propositions à cocher)**

**Anxiété** [ ]  oui [ ]  non [ ]  ne sait pas Préciser (optionnel) :

**Dépression** [ ]  oui [ ]  non [ ]  ne sait pas Pr :

**Idées suicidaires** [ ]  oui [ ]  non [ ]  ne sait pas Pr :

**Consommation de drogues** [ ]  oui [ ]  non [ ]  ne sait pas Pr :

**Consommation d’alcool** [ ]  oui [ ]  non [ ]  ne sait pas Pr :

**Questionnaire à remplir :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Questions****« souvent » signifie plus qu’à l’accoutumée et source de souffrance** | **Oui** | **Non** |
| 1. **Avez-vous souvent des problèmes pour vous endormir ?**
 |  |  |
| 1. **Faites-vous souvent des cauchemars ?**
 |  |  |
| 1. **Avez-vous régulièrement des maux de tête ?**
 |  |  |
| 1. **Avez-vous d’autres douleurs physiques ?**
 |  |  |
| 1. **Vous mettez-vous facilement en colère ?**
 |  |  |
| 1. **Repensez-vous souvent à des événements passés douloureux ?**
 |  |  |
| 1. **Vous sentez-vous souvent effrayé⋅e ou angoissé⋅e ?**
 |  |  |
| 1. **Vous arrive-t-il souvent d'oublier des choses dans votre vie quotidienne ?**
 |  |  |
| 1. **Avez-vous l'impression d'avoir perdu tout intérêt pour les choses quotidiennes ?**
 |  |  |
| 1. **Avez-vous souvent des problèmes de concentration ?**
 |  |  |
| **Nombre de réponses répondues par «oui»**  |  |  |

**Autres symptômes cliniques**

|  |
| --- |
|       |