**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**

|  |
| --- |
|  |