**DEMANDE DE CONSULTATION**

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

Date demande :

Envoyeur :       Fonction envoyeur :

Tél. :       Email :

**DONNEES DU PATIENT :**

Sexe : [ ]  M [ ]  F Date de naissance :

NOM et prénom du patient :

Adresse :       Tél. :       Email :

Date d’arrivée en CH:       Permis :       Etat civil :

Statut:       Nationalité :       Origine :

Langue :       Interprète :

Assurance (+ n°) :

Médecin traitant/MPR:       Tél. :      Email. :      Infirmière de référence :

Réseau impliqué:

Assistant-e social-e:       Tél. :      Email :

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

Déjà venu(e) à Appartenances: [ ]  non [ ]  oui

Interprète : [ ]  non [ ]  oui Interprète déjà intervenu-e :

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 psychiatrique

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­

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**

|  |
| --- |
|       |