**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**

|  |
| --- |
|  |