**Demande d’inclusion à GREMO-PASS**

Le programme **GREMO-PASS** propose un traitement par **Thérapie Comportementale Dialectique** pour des personnes avec Trouble de la Personnalité Borderline (TPB) ou avec dysrégulation émotionnelle sévère et comportement suicidaires / autodommageables récurrents.

Le programme propose sur une durée de **6 mois renouvelables** une psychothérapie individuelle intensive, associée à des groupes psychoéducatifs d’enseignement de compétences, et d’un coaching téléphonique en cas de crise. Un travail avec les familles sera proposé dans la mesure du possible.

Les **critères d’inclusion** sont cliniques :

- trouble de la personnalité borderline ou trouble de la régulation des émotions sévère

- non-réponse à un traitement habituel

- critères de sévérité du trouble.

Il n’y a pas de critère de sectorisation psychiatrique (hormis la faisabilité en déplacement). L’adressage se fait par une équipe de soins psychiatriques ou un professionnel de ville.

Nous demandons aux participant·es au programme d’interrompre les suivis en cours le temps de l’inclusion dans le programme.

**contact :** gremo@chru-strasbourg.fr  **Tel** : **03.88.11.60.10**

Une fois la demande reçue, un premier entretien est proposé pour réaliser une évaluation clinique et pour évaluer l’indication. Des entretiens préliminaires et des discussions avec l’équipe de soin permettront de renforcer la motivation à démarrer le programme.

***Ce document est à remplir de préférence de manière informatique***

***Merci de joindre les documents que vous jugerez utiles (comptes rendu, analyses, ordonnances etc)***

## Date de la demande :

## Informations patient·e :

**Nom : Prénom : Genre (pronom) :**

Date de naissance : Adresse :

Tél : Mail :

Secteur psychiatrique :

## Adresseur :

**Nom**:  **Prénom** : **Fonction :**

Adresse professionnelle :

Téléphone : Mail :

## Soins actuels :

**Médecin traitant :**

**Psychiatre traitant :**

**Suivi de secteur :**

**Description des prises en charges actuelles (type, fréquence, etc.) dans le cadre du secteur ou en dehors :** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Psychothérapie actuelle :**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Traitement médicamenteux actuel :**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

## Diagnostic :

Noter le diagnostic principal et les comorbidités. Préciser si nécessaire.

[ ]  Trouble de la personnalité borderline [ ]  TDAH

[ ]  Trouble de stress post-traumatique [ ]  Trouble du comportement alimentaire

[ ] Trouble bipolaire [ ]  Trouble de stress post-traumatique complexe

[ ]  Trouble du spectre de l’autisme

[ ]  Troubles liés à l’usage de substances actuel ou passé (préciser) :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

[ ]  Autre (préciser) :

*Description*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

*Diagnostic(s) connu par le patient :* [ ]  non [ ]  oui

## 5. Description de la problématique :

* Conduites suicidaires : [ ]  non [ ]  oui, détails (notamment dernière tentative de suicide)
* Comportement auto-dommageables (blessures auto-infligées, boulimie, abus de substances…) :

 [ ]  non [ ]  oui détails :

* Hospitalisations passées : [ ]  non [ ]  oui (nombre, fréquence) :

*Description succincte* (histoire clinique, situation personnelle, problèmes émotionnels et relationnels) :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

## 6. Description de la problématique de non réponse au traitement

Exemples :

[ ]  Comportements suicidaires ou auto-dommageables non contrôlés

[ ]  Répétitions d’hospitalisations ou de passages aux urgences

[ ]  Épuisement de l’équipe de soins

[ ]  Autre

*Description*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

## 7. Difficultés anticipées pour la participation au programme GREMO-PASS

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

## 8. Motivations et forces

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

## 9. Besoin de liaison et conseils

(Par exemple pour aider à terminer une hospitalisation)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..