**FICHE PREMIER CONTACT**

*Document à remplir de manière dactylographiée.*

*Merci de joindre les documents que vous jugerez utiles (compte rendu, lettre d’adressage, etc.)*

**Informations patient**

**Nom : Prénom : Date de naissance :**

Genre/ Pronoms :

Adresse :

Ville :

Tél : Mail :

Secteur psychiatrique :

Mesure de protection :

* Non
* Tutelle
* Curatelle

Mandataire :

**Adresseur**

**Nom : Prénom : Fonction :**

Adresse professionnelle :

Tél : Mail :

**Soins actuels**

Médecin traitant :

Psychiatre traitant :

Suivi de secteur :

Description des prises en soin actuelles (types, fréquences, etc) :

**Psychothérapie actuelle :**

* Non
* Oui (détails) :

Autres psychothérapies dans le passé ? Si oui, lesquelles ?

**Traitement pharmacologique actuel (per os et injectable) :**

Modalité d’administration :

* Autonome
* Pilulier
* IDE à domicile

**Diagnostic :**

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

* Trouble dépressif
* Trouble bipolaire
* Trouble anxieux (préciser) :
* Trouble des conduites alimentaires
* Trouble stress post traumatique
* TDAH
* Trouble du spectre de l’autisme
* Trouble de la personnalité borderline
* Autre (préciser) :
* Trouble lié à l’usage de substance actuel ou passé (préciser) :

*Description :*

Diagnostic(s) connu(s) par le patient :

* Oui
* Non

Diagnostic(s) connu(s) par l’entourage du patient :

* Oui
* Non

**Description de la problématique**

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

Hospitalisation en cours :

* Non
* Oui (motif d’admission) :

Date d’admission :

Date de sortie envisagée :

Si oui, programme de soin :

* Non
* ASPDT
* ASPDRE

Hospitalisations passées :

* Non
* Oui (nombre, fréquence) :

Comportements auto-dommageables (blessures auto-infligées, boulimie, abus de substance, etc) :

* Non
* Oui (détails) :

Tentatives de suicide :

* Non
* Oui (détails, dernière en date) :

**Motif de la demande d’admission :**

Cibles proposées :

* Prévention des comportements auto-dommageables
* Régulation émotionnelle
* Affirmation de soi
* Psychoéducation
* Fonctionnement social et relationnel
* Activation comportementale
* Autres (préciser) :

Spécificité programme CAREST TCA :

* Anorexie mentale
* Boulimie
* AURORE (groupe de parole TCA)
* ACT / TCA
* Autres :

**Difficultés anticipées :**

**Forces et motivation :**

**Besoin de liaison et conseil :**

**Date : Nom et signature de l’adresseur :**

* Adresse de contact : [carest@chru-strasbourg.fr](mailto:carest@chru-strasbourg.fr)

*A l’issue de l’entretien d’évaluation, la situation sera discutée en réunion ; nous vous contacterons afin d’évoquer les suites de l’adressage.*

**PARTIE RÉSERVÉE À CAREST**

Médecin référent : Psychologue référent :

Soignant référent :

1er RDV au service le :

Date de réunion :

Décision :