



**Secrétariat**

☎ : 04 73 43 55 37

Fax : 04.73.43.55.78

@ : [rehabilitation\\_cfd@ahsm.fr](mailto:rehabilitation_cfd@ahsm.fr)

CHU (site G. Montpied) / CMP B  
Service Pr Llorca  
58 rue Montalembert  
63000 Clermont-Ferrand Cedex 1  
N° Finess : 630781771

Centre Réhabilitation Ambulatoire  
Janet Frame – 12, rue Antoine Menat  
63000 Clermont-Ferrand  
N° Finess : 630780195

## Demande d'orientation vers les soins de réhabilitation sur le Centre Référent Conjoint de Réhabilitation psychosociale de Clermont-Ferrand (CRCR)

Vous vivez avec un trouble psychique et vous souhaitez bénéficier de soins de réhabilitation afin d'avancer dans un projet personnel et d'être soutenu dans votre rétablissement ou bien-être.

Afin de mieux comprendre vos besoins, nous vous invitons à compléter seul ou avec la personne qui vous oriente, la fiche ci-dessous et nous la retourner par voie postale ou par mail [rehabilitation\\_cfd@ahsm.fr](mailto:rehabilitation_cfd@ahsm.fr)

Le CRCR vous contactera pour convenir d'un rendez-vous avec un psychiatre soit sur le site du CH Sainte Marie, soit sur le site Gabriel Montpied du CHU de Clermont-Ferrand.

Ce premier RDV permettra de s'assurer que vos besoins et vos attentes en lien avec votre projet pourront être accompagnés dans le cadre des soins de réhabilitation.

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Si Cette demande est accompagnée par un professionnel précisez (Nom Prénom /coordonnées) :

\_\_\_\_\_

### Votre suivi médical

Nom de votre Médecin traitant actuel : \_\_\_\_\_

Nom de votre Psychiatre traitant actuel \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà bénéficié d'un bilan de santé au : (cocher la/les cases correspondant à votre situation)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Centre Expert            | <input type="checkbox"/> Centre Maladies rares                     |
| <input type="checkbox"/> Centre Ressource Autisme | <input type="checkbox"/> Centre Trouble des conduites alimentaires |
| <input type="checkbox"/> Autre : Précisez _____   |  |

Bénéficiez-vous d'un suivi (cocher la/les cases correspondant à votre situation)

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> EIPP                                | <input type="checkbox"/> Passport bipolaire | <input type="checkbox"/> Samsah Rétablissement |
| <input type="checkbox"/> IPA (Infirmier en pratique avancée) |   |  |
| Autre : _____  |   |  |



**Afin de mieux vous connaître pouvez -vous:**

**Décrire ce qui vous motive à vous adresser au Centre de Réhabilitation :**

**Décrire ce que vous attendez de notre intervention :**

**Exprimer librement ce que vous souhaitez** : Voici quelques thèmes que vous pourriez aborder, si vous le souhaitez : vie sociale et professionnelle, nature des troubles, traitement, plainte cognitive....

Des informations complémentaires sur le CRCR est disponible sur le site <https://centre-ressource-rehabilitation.org/crcr-clermont-ferrand-45>