

FICHE DE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Unité rémoise de Réhabilitation PsychoSociale

à adresser par mail à : equipe.rps@epsm-marne.fr

Nom : Prénom :

Date de naissance : __/__/____ Téléphone patient : __/__/__/__/__

Adresse :

Personne de confiance (facultatif): Téléphone : __/__/__/__/__

Secteur de prise en charge (si besoin):

Médecin référent :

Infirmier référent (si besoin) :

Diagnostic :

Une annonce du diagnostic a-t-elle été faite au patient ? Oui Non

Symptomatologie actuelle :

.....
.....
.....
.....

Date de début des troubles : < à 1 an entre 1 et 5 ans > à 5 ans

Traitement psychotrope actuel :

.....
.....
.....
.....

Motifs de la demande : Recevoir des informations sur sa maladie et sa prise en charge Acquérir des compétences dans la gestion de sa maladie Difficultés cognitives Difficultés dans les relations interpersonnelles et les interactions sociales Autonomisation Retour à l'emploi ou accès à une formation
Autre :

Un accord du patient est nécessaire avant toute prise en charge.

La prise en charge à l'unité de Réhabilitation PsychoSociale ne se substitue pas à la prise en charge de secteur et/ou au suivi psychiatrique habituel. Elle propose des outils spécifiques complétant l'offre de soins.

Date : __/__/____

Tampon :

Signature :