

## Fiche de demande d'évaluations / soins de réhabilitation psychosociale

par l'équipe Évaluation, Soins Spécifiques et Orientation Rétablissement

A envoyer à [essor@ch-perrens.fr](mailto:essor@ch-perrens.fr) ou à faxer au 05 56 56 35 46

**Date de la demande :**

**Fiche complétée par (nom, fonction, adresse, téléphone, mail) :**

**Demande d'évaluations / soins pour :**

Nom :

Prénom :

Date naissance |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|  Femme  Homme

Adresse :

Numéro de téléphone :

Mail :

Autres intervenants (IDE de secteur, libéral; psychologue; orthophoniste; ergothérapeute...) : Nom, Prénom, Tél :

Autres adressages en cours ? (C2RP, CRPS, équipe de neuropsychiatrie, CREDAH, CRA, centres experts...) :



## Quelle est la situation actuelle de l'utilisateur ?

- En cours d'hospitalisation :
- sur une unité d'admission
  - sur une unité de réhabilitation psychosociale

- Suivi en ambulatoire

## Quel est le degré d'adhésion de l'utilisateur à ces évaluations / soins par l'équipe ESSOR ?

*Pas du tout d'accord* 1  2  3  4  5  6  7  *Tout à fait d'accord*

## Motif(s) de demande d'évaluations / soins de réhabilitation psychosociale par l'équipe ESSOR

- Bilan neuropsychologique et / ou remédiation cognitive
- Bilan et aide à l'autonomie sociale
- Évaluation dans le cadre d'une résistance médicamenteuse
- Autre motif : préciser

## Attentes concernant le bilan :

## Diagnostic psychiatrique principal :

## Traitement médicamenteux actuel (incluant les traitements non psychiatriques), joindre l'ordonnance actuelle :