



Etablissement Public de Santé Mentale de la Marne  
Pôle Nord Marne – Service Rémois G10  
34 Rue Ponsardin – 3ème Etage – 51100 Reims

## Fiche de 1er contact

### INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom :	<input type="text"/>	Nom de jeune fille :	<input type="text"/>
Prénom :	<input type="text"/>	Email :	<input type="text"/>
Date de naissance :	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	Téléphone :	<input type="text"/>
Sexe :	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Ville :	<input type="text"/>
Médecin traitant :	<input type="text"/>	Situation familiale :	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		

### MOTIF DE L'ADRESSAGE

Adressé par :  Médecin traitant  Psychiatre  Psychologue Autre :

Raison(s) ayant motivé l'adressage :  Agression/violence  Catastrophe naturelle  
 Agression à caractère sexuel  Trauma médical  Accident de voie publique

Autre :

Délais depuis le dernier événement marquant :  < 1 semaine  < 1 mois  < 6 mois  < 1 an  
 < 2 ans  > 2 ans

Type d'exposition :  Cela m'est arrivé  J'en ai été témoin  Je l'ai appris  Arrivé au travail  
(Plusieurs réponses possibles)

### Vos symptômes présents :

(les plus perturbants dans votre quotidien, ex : insomnies, flash back, etc.)

Etes vous suivi par :  Un psychiatre  Un psychologue  
(plusieurs réponses possibles)

Modalité de consultation :  Libéral  Centre Médico-Psychologique

Autre :

Nom du ou des professionnels :

Avez-vous déjà bénéficié d'une psychothérapie spécialisée en psychotraumatologie ?

Oui  Non  Je ne sais pas

Si oui, quel type de psychothérapie ?

Thérapie Comportementale et Cognitive (TCC)  Je ne sais pas

Thérapie de la reconsolidation  Hypnose

EMDR

Autre :

Avez vous un traitement médicamenteux ?

(pensez à amener vos ordonnances lors de votre première venue)

Oui  Non  Je ne sais pas

Si oui, lesquels ?

Si vous souhaitez nous transmettre des documents vous pouvez le faire par mail :  
[psychotrauma-gdest@epsm-marne.fr](mailto:psychotrauma-gdest@epsm-marne.fr)

A l'issue de votre entretien d'évaluation, votre situation sera discutée en réunion et nous vous recontacterons pour évoquer les suites de votre adressage.

## PARTIE RÉSERVÉE AU CENTRE PSYCHOTRAUMA CHAMPAGNE ARDENNE

Date de réunion :  /  /

Orientation : Libéral Centre Psychotrauma Réseau psychotrauma

<input type="checkbox"/> Médecin traitant	<input type="checkbox"/> Liste d'attente	<input type="checkbox"/> Réseau santé précarité
<input type="checkbox"/> Psychiatre libéral	<input type="checkbox"/> Priorisation	<input type="checkbox"/> Le MARS
<input type="checkbox"/> Psychologue libéral	<input type="checkbox"/> Liste active	<input type="checkbox"/> Croix rouge

Centre Médico-Psychologique

Autre :

Secteur :