

## FICHE DE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

### Unité rémoise de Réhabilitation PsychoSociale

à adresser par mail à : [equipe.rps@epsm-marne.fr](mailto: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 :