

FICHE DE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Unité rémoise de Réhabilitation Psychosociale

À adresser par mail à : secretariat.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 principal et diagnostics associés :

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 :

Parcours RPS complet (Évaluation puis prise en charge spécifique) :

Groupes thérapeutiques : Psychoéducation Schizophrénie Psychoéducation Bipolaire

Psychoéducation TDAH Accept Voices Affirmation de soi Gestion du stress

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 :