

Dossier de pré-consultation

Parcours psychotrauma

La Grangéa

MeySanté

Madame, Monsieur,

Vous avez pris contact avec La Grangéa à la suite d'un événement potentiellement traumatique qui peut encore aujourd'hui provoquer une souffrance. Cette notice d'information vous est destinée afin de vous aider à constituer votre dossier de pré-consultation.

ÉLÉMENTS À FOURNIR

- ☐ **PARTIE 1 : Dossier Médical de pré-admission, à faire remplir par votre médecin**

- ☐ **PARTIE 2 : Dossier Administratif de pré-admission, à remplir par le patient**
- ☐ **Photocopie d'une pièce d'identité (CNI, passeport, carte de séjour)**

- ☐ **PARTIE 3 : Dossier psychologique de pré-consultation à remplir par le patient**
- ☐ **Demande de soin remplie**
- ☐ **Liste des évènements traumatiques (IET) remplie**
- ☐ **Global Psychotrauma Screen (GPS) rempli**

La Grangéa – Clinique en Santé Mentale
707 avenue de la Borde 06250 Mougins
Tél./Fax : 04.92.28.75.01 / 04.92.28.51.90
Email : sec.psychotrauma@lagrangea.fr
Site : www.lagrangea.fr

La Grangéa
CLINIQUE SPECIALISÉE EN SANTÉ MENTALE

La Grangéa
CLINIQUE SPECIALISÉE EN SANTÉ MENTALE

PARTIE 1

DEMANDE DE PRISE EN SOIN

A REMPLIR PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTE

Identité du patient

Nom :…… Prénoms : ……

Nom de naissance : …… Date de naissance : …….....

Professionnel de santé adresseur

Nom / Prénom :……

Adresse :……..……..

Téléphone fixe :…….. Fax : ……..……..

Email MS Santé :……..……

Le patient a-t-il déjà bénéficié d'un suivi à La Grangéa ?

☐ Oui

☐ Non

Date de début de prise en soin souhaitée : ……

Date, signature et cachet:

Éléments psychiatriques

Évènement(s) à potentiel traumatique motivant la demande, daté(s) :…..……..
……
……
En cas de suspicion d'amnésie dissociative, le préciser ici : ……..
……

Questionnement diagnostique :

- ☐ Psychotraumatisme simple
- ☐ Psychotraumatisme complexe
- ☐ Trouble dissociatif
- ☐ Intrication somatique-traumatique
- ☐ Autre(s), précisez : ……

Consommation de toxiques / addictions : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez : ☐ Alcool ☐ Tabac ☐ Cannabis
☐ Cocaïne ☐ TCA ☐ Autre(s): …….

Patient sevré : ☐ Oui depuis le : …… ☐ Non

Risque suicidaire : ☐ Oui ☐ Non

Antécédent de tentative de suicide : ☐ Oui le : …… par : ……. ☐ Non

Risque de passage à l'acte hétéro agressif : ☐ Oui ☐ Non

La Grangéa
CLINIQUE SPECIALISÉE EN SANTÉ MENTALE

PARTIE 2

DOSSIER ADMINISTRATIF DE PRÉ-CONSULTATION

À REMPLIR PAR LE PATIENT

Période souhaitée de prise en soin: ……

Identité du patient

Nom :…… Prénoms : ……

Nom de naissance : …… Nationalité : ……

Date de naissance : …….... Lieu de naissance : ……

Genre : ☐ Féminin
☐ Masculin
☐ Autre : ……..

Adresse :……

Téléphone fixe :…….. Téléphone portable : ……..

Email :……

Profession : ……..

Liste de professionnels de santé référents

Médecin traitant : ……..

Médecin psychiatre : ……..

Assistante sociale : ……..

Autre (Psychologue, HDJ, CMP) : ……

PARTIE 3

DOSSIER PSYCHOLOGIQUE DE PRÉ-CONSULTATION

À REMPLIR PAR LE PATIENT (2 pages)

Préambule

Madame, Monsieur,

Vous avez pris contact avec La Grangéa à la suite d'un événement potentiellement traumatique qui peut encore aujourd'hui provoquer une souffrance.
Afin de mieux comprendre votre situation et de pouvoir vous proposer l'accompagnement le plus adapté, nous vous invitons à compléter tous les documents joints à ce dossier psychologique de pré-consultation.
Ces documents peuvent paraître longs ou parfois difficiles à remplir. Prenez tout le temps nécessaire et n'hésitez pas à faire des pauses si vous en ressentez le besoin.
Si le remplissage seul(e) de ces documents vous semble trop difficile et que vous ressentez le besoin d'être étayé(e), vous pouvez contacter notre secrétariat. Un professionnel de l'équipe pourra vous accompagner pour les compléter.
Le délai de prise en soin peut parfois être long, en raison du nombre de demandes que nous recevons. Nous vous remercions par avance pour votre patience et votre compréhension durant cette période.
Une fois votre dossier complété et retourné, notre équipe prendra le temps d'étudier votre situation avec attention. Nous vous recontacterons ensuite dans les meilleurs délais afin de convenir d'une première rencontre. Celle-ci nous permettra d'affiner notre évaluation et de vous proposer un suivi adapté ou, si nécessaire, une réorientation.
Dans l'attente, n'hésitez pas à nous contacter à l'adresse sec.psychotrauma@lagrangea.fr pour tout renseignement complémentaire.

En attendant notre retour, si vous ressentez le besoin d'un soutien, n'hésitez pas à échanger avec votre professionnel de santé adresseur.
Nous vous remercions pour votre confiance et le temps consacré à cette étape importante de votre parcours de soin.

L'équipe du parcours psychotrauma de la Grangéa.

Documents à transmettre :
Document : Demande de soin
Document : Liste des évènements traumatiques (IET)
Document : Global Psychotrauma Screen (GPS)

La Grangéa
CLINIQUE SPECIALISÉE EN SANTÉ MENTALE

DEMANDE DE SOIN

Évènement(s) à potentiel traumatique motivant la demande, daté(s) : :…..……..
……
……
……
……
……

Décrivez ci-dessous ce qui vous fait souffrir le plus actuellement et qui vous amène à faire cette demande de prise en soin :
……
……
……
……
……
……

Qu'attendez-vous d'un éventuel accompagnement au parcours psychotrauma de La Grangéa ?
……
……
……
……

Ressentez-vous le besoin de travailler spécifiquement sur votre ou vos traumatismes ?
……
……
……

Vous sentez-vous prêt à travailler, spécifiquement, dès à présent, sur votre ou vos traumatismes ?
……
……
……

Qu'est-ce que vous aimerez voir changer au cours de cet accompagnement ?
……
……
……
……
……
……

INVENTAIRE DES EVENEMENTS TRAUMATOGENES {IET}

Vous trouverez ci-après une liste d'évènements traumatiques, si vous avez été confrontés à certains, indiquez comment vous les avez vécus, le nombre de fois et les dates correspondantes. Évaluez ensuite l'intensité actuelle de votre détresse ressentie pour l'évènement de O (aucune détresse) à 10 (détresse maximale).

	Type d'évènement	Comment l'avez-vous vécu ?						Intensité de détresse actuelle
		Je l'ai vécu personnellement		J'en ai été témoin		Un proche qui l'a vécu me l'a raconté		
		Nombre	Date	Nombre	Date	Nombre	Date	
Catastrophe	Inondation							
	Tempête, tornade							
	Tremblement de terre							
	Explosion							
	Incendie							
	Autre catastrophe :							
Accident	Accident de voiture							
	Accident de deux-roues							
	Autre accident de transport							
	Accident grave au travail							
	Accident grave au domicile							
	Autre accident :							
Violence volontaire	Agression sexuelle avec pénétration (viol)							
	Agression sexuelle sans pénétration (attouchement)							
	Autre expérience sexuelle non désirée/non consentie :							
	Agression physique grave							
	Agression avec une arme							
	Agression verbale (menace de mort)							
	Guerre, torture, acte terroriste							
	Agression du domicile							
	Autre agression :							
Décès	Homicide (meurtre, assassinat)							
	Suicide ou tentative de suicide							
	Décès brutal d'un proche							
	Maladie grave apprise brusquement							
	Blessure grave ou homicide que vous avez causé à quelqu'un d'autre							
	Autre évènement :							

French version of the Global Psychotrauma Screen

Examen Psychotraumatique Global (VF-GPS)

|__|__|__|__|__|__|
Numéro d'identification du participant

Genre ☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Autre

Age (années) |__|__|__|

Parfois, des situations inhabituelles, effrayantes, horribles, ou traumatiques peuvent survenir.

Décrivez brièvement l'événement ou l'expérience qui vous affecte le plus actuellement :

.....
.....

Cet événement s'est produit : ☐ le mois dernier ☐ il y a 6 mois ☐ l'année dernière ☐ il y a plus longtemps

Cet événement :

☐ était un événement unique survenu, à l'âge de |__|__|
☐ s'est produit pendant une période plus longue/plusieurs fois, entre les âges |__|__| et |__|__|

Lesquels des éléments ci-dessous caractérisent l'événement (plusieurs réponses possibles) **:**

Violence physique :	☐ à vous-même	☐ est arrivé à quelqu'un d'autre
Violence sexuelle :	☐ à vous-même	☐ est arrivé à quelqu'un d'autre
Abus émotionnel :	☐ à vous-même	☐ est arrivé à quelqu'un d'autre
Blessure grave :	☐ à vous-même	☐ est arrivé à quelqu'un d'autre
Menace de mort :	☐ à vous-même	☐ est arrivé à quelqu'un d'autre

☐ Décès brutal d'un être cher
☐ Vous avez causé un dommage à quelqu'un d'autre
☐ Corona virus (COVID-19)

En considérant l'événement ci-dessus, <u>au cours du dernier mois,</u> ....

1.	…	avez-vous eu des cauchemars à propos de l'événement traumatique que vous avez vécu, ou avez-vous pensé à cet événement alors que vous ne le vouliez pas ?	☐ Non	☐ Oui
2.	…	avez-vous essayé de ne pas penser à cet événement traumatique, ou avez-vous fait des efforts pour éviter des situations qui vous ont rappelé cet événement ?	☐ Non	☐ Oui
3.	…	avez-vous été constamment sur vos gardes, ou vigilant(e), ou encore avez-vous facilement sursauté ?	☐ Non	☐ Oui
4.	…	vous êtes-vous senti(e) engourdi(e) ou détaché(e) des autres, des activités ou de ce qui vous entoure ?	☐ Non	☐ Oui
5.	…	vous êtes-vous senti(e) coupable ou étiez-vous incapable d'arrêter de vous reprocher, ou de reprocher aux autres ce qui s'est passé pendant cet évènement traumatique, ou à propos des problèmes causés par cet événement ?	☐ Non	☐ Oui
6.	…	avez-vous tendance à vous sentir inutile?	☐ Non	☐ Oui
7.	…	avez-vous manifesté des réactions de colère que vous ne pouviez pas contrôler ?	☐ Non	☐ Oui
8.	…	avez-vous le sentiment d'être nerveux(se), anxieux(se) ou d'avoir les nerfs à vif ?	☐ Non	☐ Oui
9.	…	avez-vous été incapable d'arrêter d'être inquiet(e) ou de contrôler votre inquiétude?	☐ Non	☐ Oui
10.	…	avez-vous eu le sentiment d'être découragé(e), déprimé(e) ou désespéré(e) ?	☐ Non	☐ Oui
11.	…	avez-vous éprouvé peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses ?	☐ Non	☐ Oui

12.	…	avez-vous eu des difficultés à vous endormir ou à rester endormi(e) ?	☐ Non	☐ Oui
13.	…	avez-vous essayé de vous blesser intentionnellement ?	☐ Non	☐ Oui
14.	…	avez-vous perçu ou ressenti différemment le monde ou les autres personnes, de sorte que les choses paraissent étranges ou irréelles, ou ressemblent à des rêves ?	☐ Non	☐ Oui
15.	…	vous êtes-vous senti(e) comme si vous étiez détaché(e) ou séparé(e) de votre corps (par exemple, vous sentir comme si vous vous regardiez d'en haut, ou comme si vous étiez un observateur extérieur à votre propre corps) ?	☐ Non	☐ Oui
16.	…	avez-vous eu d'autres difficultés physiques, émotionnelles ou sociales qui vous ont derangé(e) ?	☐ Non	☐ Oui
17.	…	avez-vous vécu d'autres événements stressants (comme des problèmes financiers, un changement d'emploi, un déménagement, ou un conflit relationnel dans votre vie professionnelle ou personnelle) ?	☐ Non	☐ Oui
18.	…	avez-vous essayé de réduire les tensions ressenties en consommant de l'alcool, du tabac, des drogues, ou des médicaments ?	☐ Non	☐ Oui
19.	…	avez-vous manqué de soutien de la part des personnes sur qui vous pouvez habituellement compter dans les moments difficiles (pour avoir un soutien émotionnel, pour faire garder vos enfants ou vos animaux, pour vous conduire à l'hôpital ou faire des courses, pour vous aider quand vous êtes malade) ?	☐ Non	☐ Oui
20.		Avez-vous vécu des événements de vie traumatiques **pendant votre enfance** (entre 0 et 18 ans) (par exemple, un accident sérieux ou un incendie ; une agression ou abus, physique ou sexuel ; une catastrophe ; observer quelqu'un se faire tuer ou subir une blessure sérieuse ou perdre un proche) ?	☐ Non	☐ Oui
21.		Avez-vous **déjà** reçu un diagnostic psychologique ou avez-vous déjà reçu un traitement pour des problèmes psychologiques (par exemple, une dépression, de l'anxiété, ou un trouble de la personnalité) ?	☐ Non	☐ Oui
22.		Vous considérez-vous comme une personne **généralement** résiliente ?	☐ Non	☐ Oui
23.		Comment évaluez-vous votre fonctionnement actuel (au travail/à la maison) ?		

Mauvais 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ Excellent

© 2016/2020, Global Psychotrauma Screen 2.0 Olff & Bakker, Global Collaboration on Traumatic Stress, https://www.global-psychotrauma.net/gps Translated into French by J.F. Bureau; 2020; update: Emmanuel Monfort & Wissam El-Hage; update 2021: Sara Belquaid.

Demande reçue le :……

Date ……..	Date ……..	Date ……..
Validation Psychologue	Validation Médecin Psychiatre	Validation Direction