

Demande d'admission

CR2P

Centre de réhabilitation psychosociale de proximité

Centre Thérapeutique la Madeleine
35 boulevard de la Madeleine 06000 Nice (niveau -1)

☎ : 04.92.03.20.51

@ : centre-therapeutique@chu-nice.fr

Fiche à renseigner et à renvoyer par mail

1. Etat civil

Données sociodémographiques			
Nom :	Prénom :	Date et lieu de naissance :	
Adresse :		Téléphone :	Mail :
Profession :		Mode de vie :	
Niveau d'études :	Situation familiale :	Personne de confiance Nom : Prénom : Tél :	
Revenus :	Responsabilité légale : <input type="checkbox"/> Capable majeur <input type="checkbox"/> Curatelle simple <input type="checkbox"/> Curatelle renforcée <input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Sauvegarde → <i>Organisme</i> :		

2. Origine de la demande

Médecin adresseur	Établissement / Service
Nom : Tél : @ :	
Médecin psychiatre référent	Médecin généraliste référent
Nom : Tél : @ :	Nom : Tél : @ :

3. Renseignements médicaux

Histoire de la maladie (début des troubles, 1 ^{er} contact avec la psychiatrie, 1 ^{ère} hospitalisation, ...)

Diagnostic principal	Autre(s) diagnostic(s)	Traitements actuels
Antécédents personnels		
Consommation de substances :	Troubles somatiques :	Autres troubles :

4. Projet / Objectif(s)

Attentes de la personne
Attente du médecin / de l'équipe

5. Modalités de prise en charge

- Premier entretien : précision de la demande, du projet
- Réalisation d'un bilan initial pluridisciplinaire (médical, fonctionnel, social et neuropsychologique)
- Élaboration d'un projet de soins individualisé
- Accompagnement individuel +/- groupal en fonction des objectifs

Objectifs d'accompagnement

- *Construire un projet de rétablissement personnalisé*
- *Développer ses connaissances sur sa santé et ses traitements*
- *Comprendre et améliorer son fonctionnement cognitif*
- *Réduire les symptômes, améliorer la gestion des émotions et du stress*
- *Améliorer sa communication, ses compétences sociales et son autonomie*
- *Accompagner l'insertion socio-professionnelle*
- *Soutenir et accompagner les familles*

Date :

Signature et cachet du médecin :