

POLE RIVE DROITE NORD-EST

SECTEUR 31G08

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dr Jérôme BOUCARD**

Praticien Hospitalier

Chef de Pôle

**Dr Pascal MARIE**

Chef de Service

Secteur 31G08

**Dr Henri DE GROVE**

**Dr Gildas DE LASSAT**

**Dr Céline DUTECH**

**Dr Adam NEUWALD**

**Dr Céline SPEICHER**

Praticiens Hospitaliers

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SECTEUR 31G08**

**CMP Marengo**

Tél. 05 61 43 45 80

**CATTP Marengo**

Tél. 05 61 43 45 84

**CATTP RECIFS**

Tél. 05 61 43 45 88

**CMP / CATTP Bessieres**

68 chemin Lassalle

31660 BESSIERES

Tél. 05 61 43 45 90

**Unité d’Admission Gérard de Nerval**

Tél. 05 61 43 78 60 (46)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SERVICE 31Z08 INTERSECTORIEL 3-8**

**Unité de Souffrance Psycho-Sociale (USPS)**

Tél. 05 61 43 45 86

**Equipe Mobile d’Intervention**

**du Handicap Psychique (EMIHP)**

Tél. 05 61 43 36 97

**Activités Thérapeutiques Médiatisées (ATM)**

Tél. 05 61 43 78 98

**Unités de Liaison InterSectorielle Handicap Psychique AJH (ULISHP AJH / ULISHP ASEI / ULISHP Le Ruisselet)**

Tél. 05 61 43 36 97

**Centre Recours en Réhabilitation Psycho-Sociale (C2RPS)**

Tél. 05 61 43 36 01

Madame, Monsieur,

Vous sollicitez un rendez-vous pour une prise en charge sur le CATTP RECIFS.

Afin d’évaluer au mieux votre demande, nous vous remercions de bien vouloir compléter le questionnaire ci-après. Le volet 2, devra être rempli par votre psychiatre ou psychologue.

Les soins au CATTP RECIFS sont conditionnés à un suivi psychiatrique ou psychologique en cours.

La totalité du document sera à renvoyer par fax ou par voie postale :

**CATTP RECIFS**

**11 Boulevard Marengo**

**31500 TOULOUSE**

**Fax : 05 34 25 28 56**

L’équipe du CATTP RECIFS vous recontactera par la suite.

En vous remerciant pour votre confiance,

Nous vous prions de recevoir, Madame, Monsieur, l’expression de nos salutations distinguées.

**L’équipe du CATTP RECIFS**

**VOLET 1**

**(A REMPLIR PAR LE PATIENT)**

Nom – Prénom :

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Téléphone : \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_

Mail :

Adresse postale complète :

Date de la demande : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Signature :

Poids habituel : \_\_\_\_\_\_\_ kg (date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Poids actuel : \_\_\_\_\_\_\_ kg (date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Taille : \_\_\_\_\_ m \_\_\_\_\_

* J’ai perdu récemment \_\_\_\_\_\_\_ kg en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (exemple : 3 semaines, 2 mois, 1 an…)
* J’ai pris récemment \_\_\_\_\_\_\_ kg en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (exemple : 3 semaines, 2 mois, 1 an…)
* Je suis en restriction alimentaire : je réduis mes portions alimentaires, je saute des repas, je sélectionne les aliments…
* Il m’arrive de manger et de perdre le contrôle en dehors des repas
* Je provoque des vomissements.

Si oui, combien de fois par semaine : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Traitement :

Allergies :

**VOLET 2**

**(A COMPLETER PAR LE THERAPEUTE REFERENT : PSYCHIATRE OU PSYCHOLOGUE)**

**Coordonnées du thérapeute**

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

FAX :

**Motif(s) d’orientation**

**Date :** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Signature :**

**FACULTATIF**

*Partie à faire compléter par votre médecin généraliste, votre diabétologue nutritionniste, ou tout autre spécialiste intervenant dans votre prise en charge.*

*Vous pouvez également joindre des bilans, des comptes rendus…*