|  |
| --- |
| **DOSSIER DE PRÉ-ADMISSION** USPS (Unité de Soins Pour les Soignants)Polyclinique Saint-Laurent ***Partie à remplir par le médecin prescripteur***  |

Nom du patient : ………………………………. Prénom du patient : ……………………… Demande effectuée par : ………………………………………………………………………...

Coordonnées : …………………………………………………………………………...............

Date de la demande : ……………………………

Nom et coordonnées du médecin traitant : ……………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………..….

* : ……………………………………………...

Suivi psychologique (nom du praticien, type de psychothérapie, depuis quand ?) :

………………………………………………………………………………………………..

Coordonnées médecine du travail : ………………………………………………………….

Nom et coordonnées des médecins spécialistes :

- psychiatre : ……………………...

 - autres médecins intervenants : …………………………………………………………

 …………………………………………………………………………………...

**Parcours de soins antérieurs :**

Antécédents somatiques principaux (médicaux, chirurgicaux, allergies) : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Comorbidités psychiatriques et addictives : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

Antécédents psychiatriques personnels et familiaux : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Traitement en cours :**

Traitement actuel : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….

Traitement antérieur psychiatrique : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….

 **Histoire de vie :**

………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………

**Contexte de vie actuel :**

………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….

**Histoire de l’apparition de l’épuisement professionnel :**

Métier, type d’exercice : ………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………

Période d’apparition des symptômes : ………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………

Date du début de l’arrêt de travail :

………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………

Symptomatologie :

………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………