

DEMANDE D'INTERVENTION



Réservé au RéHPsy

N° d'anonymisation :

Date de réception :

PHOTO

PERSONNE CONCERNEE : L'USAGER

↳ Situation administrative :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : __/__/____

➤ Joindre Copie de votre pièce d'identité ou carte de séjour

Adresse du logement actuel : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

Adresse électronique : _____ @ _____

N° de Sécurité Sociale : _____

➤ Joindre Copie de votre Attestation de sécurité sociale ou carte vitale

↳ Situation Sociale :

- Si Complémentaire santé (Mutuelle/CMU) :

➤ Joindre Copie de votre Attestation de Mutuelle ou CMU

- Si Dossier MDPH :

➤ Joindre Copie Notification(s) de décision de la CDAPH (ex : RQTH, AAH....)

Situation au regard de la Santé :

- Nom et coordonnées du médecin traitant : _____
➤ **Joindre Copie d'une ordonnance en cours**
 - Est-il informé de cette demande d'intervention ? Oui Non
- Affection Longue Durée (ALD) : oui non
- Nom et coordonnées du médecin psychiatre libéral : _____
 - Est-il informé de cette demande d'intervention ? Oui Non
- Nom et coordonnées du Centre Médico-Psychologique (CMP) : _____
- Nom et coordonnées du psychologue : _____
- Diagnostic (si connu) : _____
- Avez-vous déjà été hospitalisé(e) en psychiatrie : Oui Non
➤ **Copie Bilan(s) et compte(s)-rendu(s) d'hospitalisation(s) ou de consultation(s)**

Situation socioprofessionnelle :

Situation familiale :

Célibataire Séparé(e) Veuf(ve)
En couple Divorcé(e) Nombre d'enfants : _____

Type de Logement :

Personnel Institutionnel Familial Collectif

Niveau de scolarité atteint :

Primaire Lycée Collège Baccalauréat
CAP/BEP Etudes supérieures

Situation professionnelle :

Emploi en milieu ordinaire Emploi en milieu protégé Sans emploi
Formation professionnelle En recherche d'emploi

Ressources :

Salaire AAH RSA Indemnités chômage
Pension d'Invalidité Indemnités journalières Sans ressource

Si Mesure de protection :

➤ **Joindre Copie du jugement**

Mobilité :

Permis de conduire : oui non
Accès à un véhicule : oui non
Utilisation des transports en commun : oui non

MOTIVATION DE LA DEMANDE DE L'USAGER

(Exposé de la situation en précisant les difficultés actuelles)

(A remplir par la personne concernée)

Consentement à compléter et à signer

Le GCSMS RéHPsy rassemble des professionnels et structures des secteurs sanitaire, médico-social et social ainsi qu'une association de familles (UNAFAM) et un groupement d'entraide mutuel (GEM). Son objectif est de vous apporter une réponse adaptée quant à votre projet de soins et de réinsertion sociale et/ou professionnelle tout en y associant les professionnels et/ou structures vous accompagnant, ainsi que la MDA (Maison Départementale de l'Autonomie) si nécessaire. Nous vous proposons différentes prestations et un suivi pour atteindre cet objectif. Votre parcours par le RéHPsy nécessite votre consentement libre et éclairé, manifesté ci-dessous. Vous pouvez vous retirer à tout moment sur simple demande. Le RéHPsy a aussi, parmi ses finalités, la mise en œuvre de travaux d'évaluation et de recherche. Toutes les données utilisées à cet effet sont rendues anonymes.

Je soussigné(e) (Nom & Prénom) :

Souhaite bénéficier d'un accompagnement par le RéHPsy et déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus.

Accepte l'échange d'informations me concernant (compte-rendu d'hospitalisation, bilans neuropsychologique...) avec tous les professionnels de santé ou structures partenaires afin de faciliter mon parcours.

Date : _____

Signature obligatoire par la personne concernée :

PERSONNE OU STRUCTURE QUI ACCOMPAGNE LA DEMANDE

↻ **Personne référente** Nom : _____ Prénom : _____

↻ **Fonction** : _____

↻ **Structure** : _____

↻ **Adresse postale** : _____

↻ **Téléphone** : _____

↻ **Adresse électronique** : _____ @ _____

MOTIVATION DE LA DEMANDE PERSONNE OU LA STRUCTURE QUI ACCOMPAGNE

Signature de l'utilisateur (obligatoire)	Signature de la personne qui accompagne la demande

Ce document est à retourner à l'adresse ci-dessous :

GCSMS RéHPsy

Siège administratif : Au Centre Ambulatoire de Santé Mentale
8, Place du Conseil National de la Résistance – 38400 St Martin d'hères
Tél. : 04 56 58 84 30 - Courriel : contact@rehpsy.fr