

# DEMANDE D'INTERVENTION



Réservé au RéHPsy

### N° d'anonymisation :

**Date de réception :**

## PHOTO

## PERSONNE CONCERNÉE : L'USAGER

## → **Situation administrative :**

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_

Prénom :

**Date de naissance :**    /    /

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

**Adresse du logement actuel :** \_\_\_\_\_

**Ville :** \_\_\_\_\_ **Code postal :** \_\_\_\_\_

**Code postal :** \_\_\_\_\_

**Téléphone :** \_\_\_\_\_

**Adresse électronique :**  **@**

**Adresse électronique :**  **@**

N° de Sécurité Sociale :

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

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 :

A large, empty rectangular box with a black border, occupying most of the page. It appears to be a placeholder for a figure or diagram that has not been included.

## 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

<u>Signature de l'usager (obligatoire)</u>	<u>Signature de la personne qui accompagne la demande</u>

**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](mailto:contact@rehpsy.fr)