DEMANDE D'INTERVENTION

Réservé au RéPsy
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 RéPsy 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 RéPsy nécessite votre consentement libre et éclairé, manifesté ci-dessous. Vous pouvez vous retirer à tout moment sur simple demande. Le RéPsy 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 RéPsy 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 :

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat du RéPsy. En application de l'article 34 de la loi du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir des informations vous concernant, veuillez-vous adresser au secrétariat du RéPsy. La copie de ce document est mise à disposition par le RéPsy à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Grenoble.

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'usager (obligatoire)	Signature de la personne qui accompagne la demande

Ce formulaire est à compléter et à retourner à l'adresse ci-dessous :

GCSMS RéPsy

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@repsy.fr