

FICHE 1ER CONTACT

CENTRE RÉGIONAL DU PSYCHOTRAUMATISME GRAND EST

► Informations personnelles

Date dépôt du dossier : / /

Nom : Prénom :

Date de naissance : / / Nom de jeune fille :

Genre : ☐ F ☐ M ☐ Neutre Situation familiale :

Adresse : Ville :

E-mail : Téléphone :

Médecin traitant :

► Motif d'adressage

Adressé par : ☐ Médecin traitant ☐ Psychiatre ☐ Psychologue Autre :

Évènements
potentiellement
traumatiques vécus : ☐ Agression physique/violence ☐ Catastrophe naturelle
☐ Agression sexuelle ☐ Accident de voie publique
☐ Un danger de mort lié à un problème de santé

Autre :

Délai depuis le dernier évènement
potentiellement traumatique : ☐ Très récent < 1 mois ☐ Récent < 1 an
☐ Ancien (1 à 10 ans) ☐ Très ancien (> 10 ans)

Type d'exposition :
(plusieurs réponses possibles) ☐ Cela m'est arrivé ☐ J'en ai été témoin ☐ Je l'ai appris ☐ Arrivé au travail

Type d'évènement : ☐ Évènement unique ☐ Évènement répété/prolongé

Quels sont vos symptômes actuels les plus gênants ?

Avez-vous un/des souvenirs, même partiels, d'au moins un évènement traumatique ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Êtes-vous suivis par : ☐ Psychiatre ☐ Psychologue
(plusieurs réponses possibles)

Nom du/des professionnels :

Modalités de consultation : ☐ En libéral ☐ Centre Médico-psychologique

Autre :

Avez-vous déjà bénéficié d'une psychothérapie spécialisée en psychotraumatologie ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Si oui, quel type de psychothérapie ?

☐ EMDR ☐ Thérapie des Processus Cognitifs

☐ Exposition Prolongée ☐ Je ne sais pas Autre :

Si oui, veuillez indiquer :

↙ Période du suivi : Nombre de séances :

Effets de la thérapie :

Avez-vous un traitement médicamenteux ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquels :

➤ Adresse de contact : crp.contact@chru-strasbourg.fr

Nous vous remercions de bien vouloir compléter les questionnaires suivants en vue de l'analyse de votre demande de prise en soins au Centre Régional du Psychotraumatisme Grand Est.



Consignes :

De nombreuses personnes rencontrent des événements de vie stressants ou effrayants.

Voici une liste d'événements qui arrivent parfois. Indique si cela t'est arrivé par **OUI** et par **NON** si cela ne t'est pas arrivé.

	OUI	NON
1. J'ai vécu une catastrophe naturelle grave comme une inondation, une tornade, un ouragan, un tremblement de terre ou un incendie.	☐	☐
2. J'ai eu un accident grave ou une blessure grave comme un accident de voiture ou de vélo, une morsure de chien ou une blessure au sport.	☐	☐
3. J'ai été gravement menacé(e), frappé(e) ou blessé(e) par quelqu'un de ma famille.	☐	☐
4. J'ai été gravement menacé(e), frappé(e) ou blessé(e) par quelqu'un de mon école ou de mon entourage.	☐	☐
5. J'ai été agressé(e), attaqué(e) au couteau ou à l'arme à feu ou volé(e) sous la menace.	☐	☐
6. J'ai vu quelqu'un de ma famille être menacé, frappé ou blessé gravement.	☐	☐
7. J'ai vu quelqu'un de mon école ou de mon entourage être menacé, frappé ou blessé gravement.	☐	☐
8. Quelqu'un m'a fait ou m'a fait faire des choses d'ordre sexuel alors que je ne pouvais pas dire non ou que j'étais forcé(e), ou sous pression.	☐	☐
9. En ligne ou sur les réseaux sociaux, quelqu'un m'a demandé ou m'a forcé(e) à faire des choses d'ordre sexuel comme prendre ou envoyer des photos.	☐	☐
10. Quelqu'un m'a harcelé(e) à l'école ou ailleurs, en disant des choses très méchantes qui m'ont fait peur.	☐	☐
11. Quelqu'un m'a harcelé(e), en ligne ou sur les réseaux sociaux en disant des choses très méchantes qui m'ont fait peur.	☐	☐
12. Une personne proche de moi est morte de manière soudaine ou violente.	☐	☐
13. J'ai vécu un acte médical stressant ou effrayant.	☐	☐
14. J'ai été en situation de guerre.	☐	☐
15. J'ai vécu un autre événement stressant ou effrayant	☐	☐
Si OUI décris-le :		

Quel(s) événement(s) parmi ceux-là te dérange(nt) le plus maintenant ?

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Consignes :

Répond aux questions à propos de tous les événements stressants ou effrayants qui te sont arrivés.

Coche 0, 1, 2 ou 3 pour dire à quelle fréquence les pensées, émotions ou problèmes suivants te sont arrivés au cours des quatre dernières semaines.

0 = Jamais

1 = Parfois

2 = Souvent

3 = Presque tout le temps

—

	Jamais 0	Parfois 1	Souvent 2	Presque tout le temps 3
1. Des pensées ou souvenirs bouleversants à propos de ce qu'il s'est passé surgissent dans ma tête.	☐	☐	☐	☐
2. Des cauchemars qui me rappellent ce qu'il s'est passé.	☐	☐	☐	☐
3. Des images dans ma tête de ce qu'il s'est passé comme si c'était en train d'arriver maintenant.	☐	☐	☐	☐
4. Je me sens mal quand je me rappelle ce qu'il s'est passé.	☐	☐	☐	☐
5. J'ai de fortes sensations dans mon corps quand je me rappelle ce qu'il s'est passé (transpiration, cœur qui bat vite, maux de ventre).	☐	☐	☐	☐
6. J'essaie de ne pas penser à ce qu'il s'est passé ou de ne pas ressentir d'émotions par rapport à cet événement.	☐	☐	☐	☐
7. J'évite tout ce qui pourrait me rappeler ce qu'il s'est passé (personnes, lieux, choses, situations, discussions).	☐	☐	☐	☐
8. Je n'arrive pas à me souvenir d'une partie de ce qu'il s'est passé.	☐	☐	☐	☐
9. J'ai des pensées négatives comme				
9a. Je n'aurai pas une belle vie	☐	☐	☐	☐
9b. Je ne peux pas faire confiance aux autres	☐	☐	☐	☐
9c. Le monde est dangereux	☐	☐	☐	☐
9d. Je ne suis pas assez bien.	☐	☐	☐	☐
10. Reproches par rapport à l'événement :				
10a. Je m'en veux de ce qu'il s'est passé	☐	☐	☐	☐
10b. J'en veux à quelqu'un d'autre pour ce qu'il s'est passé même si ce n'est pas de sa faute.	☐	☐	☐	☐
11. Je ressens des émotions bouleversantes (peur, colère, culpabilité, honte) la plupart du temps.	☐	☐	☐	☐
12. Je n'ai plus l'envie de faire des choses que j'avais l'habitude de faire.	☐	☐	☐	☐
13. Je me sens plus distant ou éloigné des autres.	☐	☐	☐	☐
14. Je n'arrive plus à ressentir des sentiments de joie.	☐	☐	☐	☐

Consignes :

Répond aux questions à propos de tous les événements stressants ou effrayants qui te sont arrivés.

Coche 0, 1, 2 ou 3 pour dire à quelle fréquence les pensées, émotions ou problèmes suivants te sont arrivés au cours des quatre dernières semaines.

0 = Jamais

1 = Parfois

2 = Souvent

3 = Presque tout le temps

—

	Jamais 0	Parfois 1	Souvent 2	Presque tout le temps 3
15. Faire face à des émotions fortes :				
15a. Il est très difficile de me calmer quand je suis contrarié(e)	☐	☐	☐	☐
15b. Je me sens comme fou / folle, j'ai des crises de colère et je m'en prends aux autres.	☐	☐	☐	☐
16. Je fais des choses dangereuses.	☐	☐	☐	☐
17. Je suis trop vigilant(e), je vérifie beaucoup qui est autour de moi.	☐	☐	☐	☐
18. Je suis nerveux (se).	☐	☐	☐	☐
19. J'ai des problèmes pour rester concentré(e).	☐	☐	☐	☐
20. J'ai des problèmes pour m'endormir ou rester endormi(e).	☐	☐	☐	☐

Coche **Oui** ou **Non** si les problèmes que tu as notés perturbent :

	OUI	NON
1. Tes relations avec les autres	☐	☐
2. Tes loisirs	☐	☐
3. Ta scolarité ou ton travail	☐	☐
4. Tes relations familiales	☐	☐
5. Ton bien-être général	☐	☐

Une fois le formulaire et les questionnaires ci-dessus complétés, vous pouvez transmettre les éléments à l'adresse e-mail ci-dessous :

➤ Adresse de contact : crp.contact@chru-strasbourg.fr

ÉTAPES DE PRISE EN CHARGE AU CENTRE **RÉGIONAL** DU PSYCHOTRAUMATISME **GRAND** EST – ALSACE NORD

