

Date d'ouverture du dossier : ..... / ..... / .....  
 Heure : ..... h .....  
 Lieu (dont PUMP) : .....  
 CUMP (n° dpt.) : .....  
 1<sup>er</sup> accueil :   
 Suivi :  si coché, lieu et date du précédent accueil :  
 .....

ETIQUETTE / NUMERO SINUS

## Données personnelles déclaratives

Papiers d'identité présentés :

### COORDONNEES

Nom de naissance : .....

Nom d'usage : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Age : ..... ans

Sexe : M  F  Nationalité : .....

Adresse (n° et voie) : .....

Compléments de voie : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Pays : ..... Téléphone : .....

E-mail : .....

Personne de confiance : Nom : ..... Prénom : .....

Lien avec le patient : ..... Téléphone : .....

## Implication déclarée dans l'événement

Présent(e) sur le lieu :  Intervenant :  Membre de la famille / ami :

Si présent sur les lieux coché : pendant l'événement :  Juste après :

Proche(s) impliqué(s) :  Si coché, qui\* : .....

Proche(s) blessé(s) :  Si coché, qui\* : .....

Proche(s) décédé(s) :  Si coché, qui\* : .....

Proche(s) disparu(s) :  Si coché, qui\* : .....

(\* : Indiquez Nom/Prénom/DDN ou âge/Tél.)

## Décision et orientation thérapeutique

Hospitalisation :  Si coché, lieu : .....

Soins ambulatoires :  Si coché, lieu : .....

Rappel téléphonique :  Si coché, date : .....

Retour au domicile :  Si coché, lieu : .....

Certificat médical initial ou attestation de prise en charge clinique :

## Correspondants médicaux

Médecin traitant : .....

Ses coordonnées : .....

Autre médecin : .....

Ses coordonnées : .....

## Situation médico-psychologique

### ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES OU PSYCHOTRAUMATIQUES

.....  
.....  
.....

### SUIVIS ANTERIEURS OU EN COURS

.....  
.....  
.....

## Etat clinique somatique

Atteinte somatique :

Si coché, laquelle : .....

Fréquence cardiaque : ..... Fréquence > 90 :

Plainte somatique :

Si coché, laquelle : .....

Handicap ou maladie antérieur(e) à l'événement :

Si coché, lequel / laquelle : .....

## Prise en charge

### EVENEMENT

Date de l'événement : ..... / ..... / .....

Lieu de l'événement : .....

Description succincte : .....

### INTERVENANT

Nom : ..... Prénom : .....

CUMP : ..... Psychiatre :  Psychologue :  Infirmier :

### MODALITES

Date : ..... / ..... / ..... Heure : ..... h ..... l

Lieu : .....

Prise en charge : individuelle  en groupe



**TROUBLE DE STRESS AIGU (à ne remplir qu'après la phase péritraumatique, entre J3 et J30)**

**Symptômes envahissants**

- Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants  Rêves répétitifs en lien avec le trauma   
Jeu répétitif chez l'enfant > 6 ans  Rêves effrayants chez l'enfant   
Réactions dissociatives  Détresse psychique à l'exposition d'indices   
Reconstitutions spécifiques au cours du jeu chez l'enfant

**Humeur négative**

- Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives   
Culpabilité

Cochez les  
symptômes  
exprimés  
spontanément.

**Symptômes dissociatifs**

- Altération de la perception de la réalité, de son environnement ou de soi-même   
Amnésie dissociative

**Symptômes d'évitement**

- Efforts pour éviter les rappels internes  Efforts pour éviter les rappels externes

**Symptômes d'éveil**

- Perturbation du sommeil  Irritabilité / accès de colère   
Hypervigilance  Difficultés de concentration   
Réaction de sursaut

**NOTES CLINIQUES**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Synthèse**

**IMPRESSION CLINIQUE GLOBALE (CGI)**

En fonction de votre expérience clinique globale de ce type de patient, quel est le niveau de gravité des troubles actuels du patient ? (entourez)



0 : Non évalué / 1 : Normal, pas du tout malade  
2 : A la limite / 3 : Légèrement malade  
4 : Modérément malade / 5 : Manifestement malade  
6 : Gravement malade / 7 : Parmi les patients les plus malades

**DOCUMENTS LAISSES AU PATIENT**

- Certificat médical initial :  Attestation de PEC clinique :   
Ordonnance médicale :  Arrêt de travail :   
Note d'information CUMP :  Rendez-vous :

Autre (précisez) : .....