

FICHE DE DEMANDE C.A.R.E

Centre pour l'Accompagnement et le Rétablissement des Usagers présentant un Etat Limite

Dans la mesure du possible, merci de remplir ce formulaire en version DACTYLOGRAPHIEE

Coordonnées du/de la patient.e :

Nom Prénom

Date de naissance : Téléphone (obligatoire) :

Adresse postale :

Adresse e-mail (obligatoire) :

Médecin traitant :

Médecin adresseur et sa structure :

Nom, téléphone et mail de la personne de confiance :

Type de demande : (cocher une case)

☐ Demande de **PRISE EN CHARGE AVEC RÉFÉRENCE MÉDICALE ET CASE MANAGER** au sein du CARE (avec inscription automatique aux groupes thérapeutiques)

→ Critères : avoir entre **16 ET 25 ANS** et être domicilié.e à **DIJON** ou dans une des **COMMUNES LIMITROPHES À DIJON** : Fontaine-Lès-Dijon, Saint Apollinaire, Quetigny, Longvic, Chenôve, Talant

OU

☐ Demande de **SOINS COMPLÉMENTAIRES** au suivi médical habituel : **GROUPES THÉRAPEUTIQUES (ETP)** sans prise en charge médicale / case manager sur le centre

→ Critères : avoir entre **16 ET 30 ANS** et être domicilié.e en **CÔTE D'OR**

Seulement si demande de prise en charge avec référence médicale : merci de joindre à votre demande les bilans déjà réalisés ou tout compte-rendu attestant d'un diagnostic, les examens sanguins, les imageries cérébrales ou les EEG réalisés dans ce contexte, ainsi que le carnet de santé.

Antécédents des soins (suivi psychiatrique, psychologique, bilan orthophonique, psychomoteur ou ergothérapeute, traitements psychotropes prescrits) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Description clinique actuelle :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Soins actuels (médicamenteux et non médicamenteux) :

.....

.....

.....

.....

Demandes de l'usager auprès de la structure (à faire remplir obligatoirement par l'usager) :

.....

.....

.....

.....

.....

Pour toute demande :

- L'annonce de diagnostic du trouble borderline doit avoir été réalisée, le/la patient.e doit connaître le diagnostic posé
- Aucune demande d'évaluation du diagnostic du trouble borderline ne sera réalisée au sein du CARE
- L'accord du/de la patient.e est obligatoire avant toute prise en charge.
Patient.e informé.e : ☐ oui ☐ non
- Si usager mineur, accord des responsables légaux : ☐ oui ☐ non

Date :

Nom, structure et signature du médecin réalisant la demande :

Formulaire à envoyer par mail à :
secretariat.tnd-care@chlcdijon.fr
Tél : 03 80 42 54 05

Toute demande incomplète ne sera pas traitée.
Merci de votre compréhension.