**Contact C2RP :**

🕾 05.56.16.37.10 Fax : 05.56.16.36.57

Gassies.secretariat.c2rp.ug-aquitaine@ugecam.assurance-maladie.fr

**Contact CRPS :**

🕾 05.56.16.36.90 Fax : 05.56.16.36.57

Celine.pauly@ugecam.assurance-maladie.fr

 Rue de la Tour de Gassies

 33523 BRUGES Cedex



**Dossier d’admission**

**CENTRE REFERENT DE REHABILITATION PSYCHOSOCIALE NOUVELLE AQUITAINE (C2RP)**

 **CENTRE DE REHABILITATION PSYCHOSOCIALE (CRPS)**

**NOM - PRENOM :** Né(e) le : à :

**Adresse :**

**Tél :** Email :

**N° de sécurité sociale : Caisse de sécurité sociale :**

**Nom de la mutuelle :**

**Gestion :** □ Autonome □ Curatelle □ Tutelle □ Autre :

**Type de ressources :** □ Salarié □ AAH □ IJ □ RSA □ pension d’invalidité □ Autre :

**Personnes à prévenir en cas de besoin**

Nom – Prénom :

Adresse :

Tél. Domicile : Tél. Travail :

**Adresseur :** Psychiatre □ Médecin Généraliste  auto-adressage □

Etablissement médico-social □ Autre :

Nom et adresse de l’adresseur :

Tél. : Email :

 **Diagnostic psychiatrique :**

**Traitement actuel :**

**Parcours de soins :**

**Objectifs du bilan et/ou des soins de réhabilitation selon l’usager :**

**Objectifs du bilan et/ou des soins de réhabilitation selon l’adresseur :**

Deux types d’orientations possibles



 **Demande d’orientation pour le C2RP**

🕾 05.56.16.37.10 Fax : 05.56.16.36.57

gassies.secretariat.c2rp.ug-aquitaine@ugecam.assurance-maladie.fr

□ Demande de bilan de réhabilitation psychosociale (dont bilan des fonctions cognitives) avec aide à l’orientation socio-professionnelle et orientation vers des soins.

□ Demande de bilans complémentaires pour une personne suivie en centre de proximité de réhabilitation psychosociale (département du 17, 33, 40, 47, 64)

□ Nécessité d’hébergement durant le bilan



**Demande d’orientation pour le CRPS**

🕾 05.56.16.36.90 Fax : 05.56.16.36.57

celine.pauly@ugecam.assurance-maladie.fr

□ Accompagnement en réhabilitation psychosociale par le centre de proximité : soins, participation aux ateliers préprofessionnels et aux programmes d’aide à l’autonomie, aide à la construction d’un projet professionnel….

**Demande d’admission en :** □ hospitalisation de jour □ hospitalisation complète

Signature de l’usager Signature de l’adresseur