

DEMANDE D'ORIENTATION AU C2RL

Le C2RL est un service de réhabilitation psychosociale s'adressant à toute personne en situation de handicap psychique (diagnostic psychiatrique stabilisé, sans déficience intellectuelle associée), ayant un projet d'insertion professionnelle ou en formation et souhaitant un accompagnement vers le rétablissement.

Nom :	Psychiatre traitant (nom + tel) :
Prénom :	Médecin traitant (nom + tel) :
Date de naissance :	Tiers digne de confiance (nom + tel) :
Téléphone :	Autres intervenants (infirmier, ass. sociale, conseiller d'insertion...) :
Adresse :	
Adressé par (éventuel) :	Traitement actuel :
Diagnostic psychiatrique :	
Objectif des soins en réhabilitation psychosociale selon l'utilisateur :	
Objectifs des soins en réhabilitation psychosociale selon l'adresseur :	
Objectif général de l'orientation :	
☐ Reprise d'un projet d'insertion scolaire, universitaire ou formation professionnelle ☐ Reprise d'un projet professionnel ☐ Aide au maintien scolaire ou formation professionnelle en cours ☐ Aide au maintien d'un emploi en cours	
Statut MDPH et n° de dossier :	ALD 30 :
Mesure de protection (type) :	

Date : Signature de l'utilisateur (nécessaire) : Signature de l'adresseur (éventuelle) :

Date de dépôt :

Date de visite :

Critères d'admission et de priorisation sur liste d'attente
(à remplir par le médecin du C2RL à réception de la demande)

<u>Critères d'admission</u>	Oui	En cours = admission à différer	Non = pas d'admission
Pathologie psychiatrique			
Stabilisation depuis plusieurs semaines (pas de symptôme aigu gênant le quotidien)			
Stabilisation du traitement			
Stabilisation consommation de toxiques			
Projet personnel professionnel ou de formation			
Motivation au projet			
Gestion du quotidien stable			
Autonomie dans les déplacements			
Absence de déficience intellectuelle			
<u>Critères de priorisation</u>	Présent	Absent	
Âge < 25 ans			
Emploi en cours			
Formation en cours			
Conclusion/Remarques			