

# FICHE ETAT PSYCHOLOGIQUE

*(optionnelle)*

NOM :

PRENOM :

*Repérage des éventuelles fragilités psychiques actuelles (cochez et précisez) :*

	Dépression	
	Anxiété - Stress	
	Emotionnelles	
	Troubles cognitifs	
	Relations sociales et familiales	
	Eléments psycho traumatiques identifiés	
	Eléments délirants	

**- Suivi psychologique passé et en cours :**

--

Nom du soignant :

Fonction :

Adresse complète :

Téléphone :

Email :

**Date et signature :**