

Programme BREF N° : _____

N° de participant : _____

Madame, Monsieur,

Vous allez bénéficier du programme de psychoéducation BREF à destination des aidants.

Pour rappel, ce programme consiste en 3 rendez-vous d'une heure suivis d'un entretien téléphonique (environ 15 minutes) à 3 mois.

Avant de débiter ce programme, nous vous demandons de bien vouloir compléter ces formulaires.

Le recueil des éléments sur le recto de cette page servira à créer un dossier informatisé au sein de notre établissement afin de valoriser notre activité (code diagnostic Z638 « Autre difficultés précisées liées à l'entourage immédiat »).

Le recueil des éléments au verso de cette page n'apparaîtra pas dans ce dossier ; il permettra aux animateurs BREF d'adapter le programme BREF à votre situation personnelle.

L'équipe BREF

Nom :	
Nom de naissance (si différent) :	
Prénom :	
Age :	Date de naissance : / / Lieu de naissance :
Numéro de sécurité sociale :	/ / / / / /
Situation familiale :	Nombre d'enfants :
Profession :	
Adresse :	
Téléphone :	
Adresse mail :	
Médecin traitant :	Adressé par :

Avez-vous déjà connu un épisode de dépression ou de burn-out ? oui non

Vous sentez-vous déprimé(e) ? oui non

Connaissez-vous l'UNAFAM ? oui non

Si oui, avez-vous déjà pris contact avec l'UNAFAM ? oui non

Si oui,

Vous êtes-vous renseigné(e) sur leurs services ? oui non

Etes-vous adhérent ? oui non

Connaissez-vous une autre association de famille ? oui non

Si oui, laquelle ? _____

Avez-vous participé à d'autres formations sur la pathologie de votre proche ou à des programmes d'aide aux aidants ? oui non

Si oui, lesquels :

PROSPECT (UNAFAM) PROFAMILLE AVEC LEO

JOURNEE D'INFORMATION « TROUBLES PSYCHIQUES » (UNAFAM)

CONNEXIONS FAMILIALES PEP'S FAMILLE

Autres : _____

Comment avez-vous connu le programme BREF ? _____

VOTRE PROCHE

Son prénom : _____

Son age : _____

Votre lien de parenté (je suis son/sa)

Conjoint(e) Fils/fille Frère/Sœur

père/mère

Autre : _____

Son premier contact avec les soins date de ... :

(CMP, CATTP, HDJ, Urgence, hospitalisation, clinique, libéral, etc)

moins de 6 mois

entre 6 mois et 1 an

plus de 1 an

Année de sa première hospitalisation : _____ (jamais hospitalisé)

Quel diagnostic connaissez-vous de votre proche ?

_____ (pas de diagnostic posé)

Etes-vous d'accord avec ce diagnostic ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

*Pas du tout
d'accord*

*Complètement
d'accord*

FORMULAIRE D'ACCORD

Accepteriez-vous que votre adresse mail et votre numéro de téléphone soient communiqués à l'UNAFAM* ?

oui, j'accepte

non, je refuse

Besoin de davantage d'explications ? Demandez à vos animateurs !

Nom Prénom : _____

Date : _____

Signature :

* Co-créatrice du programme BREF, l'UNAFAM est une association de familles. Tous leurs membres accompagnent des proches qui vivent avec un trouble psychique.

Pour information : Les données recueillies seront enregistrées dans un fichier informatisé déclaré au registre des traitements de la structure :

Ces données seront conservées dix ans et seuls les personnels de la structure impliqués dans le programme BREF y auront accès à des fins de suivi du programme ou de recherche.

Conformément à la réglementation, vous disposez d'un droit d'accès à vos données personnelles, de rectification ou d'effacement de celles-ci, de limitation des traitements effectués, ou de vous opposer au traitement de vos données.

Pour toute demande d'information concernant le traitement de vos données personnelles, ou pour exercer vos droits, vous pouvez contacter le responsable du traitement :

Dr (mail :

En cas de désaccord, vous pouvez procéder à une réclamation auprès de la Commission Nationale de de l'Informatique et des Libertés (CNIL), 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS ou sur <https://www.cnil.fr/>.