

À faxer au 04.73.754.018

Merci de penser à joindre l'observation du patient



Étiquette patient

Hôpital et service adresseur :

Nom, prénom et fonction de la personne ayant pris en charge:

Nom et prénom du patient :

Sexe :

Né(e) le :

Commune de naissance :

Situation : ☐ Célibataire ☐ En couple ☐ Séparé/Divorcé ☐ Veuf (ve)

Vit : ☐ Seul(e) ☐ En couple ☐ En colocation ☐ Chez ses parents ☐ Autre :

Tel. Mobile :

Tel. Fixe :

Adresse :

Personne de confiance (Nom, prénom, lien et tel.) :

Personne ressource (Nom, prénom, lien et tel.) :

Nom du Médecin traitant : ville : Vu dans les 3 mois ☐ Oui ☐ Non

Nom du Psychiatre/Psychologue référent : ville : Vu dans les 3 mois ☐ Oui ☐ Non

Situation parentale : ☐ En couple ☐ Séparés ☐ Parent décédé

Lieu de vie principal : ☐ Domicile des deux parents ☐ Chez le père ☐ Chez la mère ☐ Autre :

Titulaire(s) de l'autorité parentale:

☐ Père (adresse et tel) :

☐ Mère (adresse et tel) :

☐ Autre (nom, prénom, lien, et tel) :

Suivi social: ☐ Non ☐ Oui (Nom et tel) :

Suivi Judiciaire (PJJ) : ☐ Non ☐ Oui

Scolarisation : ☐ Ordinaire ☐ Adaptée ou spécialisée ☐ Déscolarisé

Date d'entrée à l'hôpital :

Trouble psychiatrique actuel :

Date de la TS :

Lieu de la TS:

Moyen utilisé : ☐ Auto-intoxication ☐ Strangulation ☐ Phlébotomie ☐ Précipitation ☐ Arme à feux

☐ Autre : préciser

Alcool associé : ☐ Oui ☐ Non

Contexte et facteurs précipitants de la TS :

ATCD personnel de TS : ☐ Non ☐ Oui

ATCD psychiatrique :

ATCD de consommation de toxique:

ATCD Familiaux (maladie psychiatrique, suicide) :

Accompagnants durant le séjour et/ou à la sortie :

Plan de soins à la sortie :

Rendez-vous prévu le avec

Patient refusant d'être contacté : ☐

Carte ressource remise à : ☐ Patient ☐ Père ☐ Mère ☐ Autre

Date de sortie :