

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

MINIERS

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 :