

À remplir uniquement par le médecin adresseur

☐ Hospitalisation complète ☐ Hospitalisation de jour
Si ambulatoire, préciser l'objectif de la prise en charge :

COORDONNÉES DU PATIENT ADRESSÉ PAR VOS SOINS

Sexe : ☐ F ☐ H Nom :
Prénom : Nom de jeune fille :
Lieu de naissance : Date de naissance :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone : Portable :
Mail :

COORDONNÉES DU/DES MÉDECIN(S)

Êtes-vous ?

Médecin psychiatre ☐ Médecin généraliste ☐
Nom :
Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone :
Mail :

**Si vous n'êtes pas le médecin traitant,
coordonnées du médecin traitant :**

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone :
Mail :

COUVERTURE SOCIALE

Nom de l'assuré

N° de Sécurité sociale : ☐ CPAM ☐ RSI ☐ MSA ☐ LMDE ☐ CMU
☐ SMEREP ☐ Autre, Précisez :

Assurance complémentaire

Nom de la mutuelle : N° adhérent :
Téléphone : ALD : ☐ Oui ☐ Non

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS DE NÉCESSITÉ

Nom : Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone : Portable :
Mail : Lien avec le patient :

PROTECTION JURIDIQUE

☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Curatelle renforcée ☐ Autre :
Coordonnées :
.....

Nom du patient : Prénom :

MOTIF D'HOSPITALISATION

.....
.....
.....

Troubles du comportement (agressivité...) : ☐ Oui ☐ Non Lesquels :

Idées suicidaires : ☐ Oui ☐ Non Commentaires :

Consommation de toxiques : ☐ Oui ☐ Non Lesquels :

Antécédents somatiques :

.....
.....
.....

Antécédents psychiatriques :

.....
.....
.....

Suivi, hospitalisations avec compte-rendus, TS :

.....
.....
.....

Histoire de la maladie :

.....
.....
.....

État clinique psychique actuel :

.....
.....
.....

État clinique somatique actuel :

.....
.....
.....

