

IDENTITE PATIENT

NOM : _____

PRENOM : _____

Orienté par

- Médecin traitant :
- Réseau spécialisé :
- Psychiatre libéral :
- Praticien hospitalier :
- Infirmier/infirmière :
- Travailleur social :
- Psychologue :

Reçu par

- Médecin traitant :
- Réseau spécialisé :
- Psychiatre libéral :
- Praticien hospitalier :
- Infirmier/infirmière :
- Travailleur social :
- Psychologue :

MOTIF DE LA PRISE EN CHARGE

Pour chaque motif, préciser le ou lesquels

- Difficultés médico-sociales :
- Maladie somatique :
- Troubles psychiatriques :
- Troubles du comportement ou de l'adaptation
- Problèmes familiaux :
- Problèmes professionnels :
- Problèmes judiciaires :
 - Conduite sous l'emprise de l'alcool
 - Injonction thérapeutique
 - Obligation de soins
- Autres, préciser :

	Addiction principale	Abus	Dépendance
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre Préciser :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Age de l'initiation :

MODALITES DE PRISE EN CHARGE

ACTUELLES		FUTURES	
Modalités	Noms des référents	Modalités	Nom des référents
<input type="checkbox"/> Ambulatoire <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Infirmier libéral <input type="checkbox"/> Travailleur social <input type="checkbox"/> Psychiatre libéral <input type="checkbox"/> CSAPA <input type="checkbox"/> Psychologue 	<input type="checkbox"/> Ambulatoire <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Infirmier libéral <input type="checkbox"/> Travailleur social <input type="checkbox"/> Psychiatre libéral <input type="checkbox"/> CSAPA <input type="checkbox"/> Psychologue
<input type="checkbox"/> Institutionnelle <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Hôpital de jour <input type="checkbox"/> SSR 	<input type="checkbox"/> Institutionnelle <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Hôpital de jour <input type="checkbox"/> SSR

Arrêt de travail oui non

Reprise d'Activité envisagée oui non

Autres :

Date de fin :

TRAITEMENT ACTUEL, EN COURS OU DE SORTIE :

Date de prescription :

• Libellé :

Durée :

PRISE EN CHARGE :

- Psychothérapie Psychotrope Autres : _____
- TCC
- Groupe de parole
- Psychanalyse
- Thérapie familiale

EVENEMENT(S) DE VIE SIGNIFICATIF(S)

PERSONNE(S) RESSOURCE(S)

.....

ISOLEMENT SOCIAL ET OU FAMILIAL

oui

non

Chaque case est soumise à l'appréciation du patient

