

Nom : Prénom :

Date de naissance : / / Sexe : M F

Mairie de naissance :

En couple ? Oui Non Vit seul ? Oui Non

• Adresse du lieu de vie principal :

CODE POSTAL : |_|_|_|_|_| COMMUNE :

Téléphone patient : Téléphone lieu de vie :

Personne de confiance : Téléphone de la personne de confiance :

M
I
N
E
U
R
S

(<18
ans)

Situation parentale : En couple Séparés

Lieu de vie principal : Domicile des deux parents Domicile du père Domicile de la mère
 MECS (foyer) Famille d'accueil Établissement médicosocial Sans domicile Autre

Titulaire(s) de l'autorité parentale (plusieurs choix possibles) : Père Mère Autre

Suivi social (AEMO, IEAD, etc.) : Oui Non Suivi Judiciaire (PJJ) : Oui Non

Scolarisation : Ordinaire Adaptée ou spécialisée Déscolarisé

• Adresse du père (si différente du lieu de vie principal) :

CODE POSTAL : |_|_|_|_|_| COMMUNE :

• Adresse de la mère (si différente du lieu de vie principal) :

CODE POSTAL : |_|_|_|_|_| COMMUNE :

Téléphone autorité parentale. Père : Mère :

Autre : (préciser :))

Référent social. Nom : Téléphone :

Primosuicidant : Oui Non

Date TS (actuelle) : / /

Mode de TS : Association alcool : Oui Non

Lieu de la TS (domicile principal, établissement scolaire, autre) :

Cause(s) de la TS alléguée par le patient :

Antécédents familiaux. De suicide : Oui (préciser qui :) Non

De TS : Oui (préciser qui :) Non

Date d'entrée à l'hôpital : / / Date de sortie de l'hôpital : / /

Accompagnants durant le séjour et/ou à la sortie : Oui (préciser :) Non

Compromis de sortie. Préciser les grandes lignes du plan de soin proposé :

Carte ressource remise à (plusieurs choix possibles) : Patient Père Mère

Autre accompagnant (préciser :))

Hôpital et service :

Nom(s), prénom(s), fonction(s) des personnes ayant pris en charge et donné la carte ressource au patient :

Médecin traitant. Nom et prénom : Ville d'exercice:

Psychiatre/psychologue référent. Nom et prénom : Ville d'exercice:

Consulté dans les 3 mois. Médecin traitant : Oui Non Psychiatre/psychologue référent : Oui Non