



Coordonnées du professionnel qui
adresse la fiche

[Empty box for contact details]

Identité du patient

Nom d'usage : Nom de naissance : Prénom :

Sexe : Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :

Personne sourde Malentendante Langue des Signes Française Appareillé(e)

Personne malvoyante Aveugle

Adresse :

Code postal : Ville : Téléphone : /

Adresse mail :

Profession :

Vit seul(e) : Oui Non

En couple : Oui Non

Personne(s) Ressource(s)

Nom - Prénom : Lien : Téléphone :

Nom - Prénom : Lien : Téléphone :

Professionnels de santé

Consultés dans les 3 Mois

Médecin Généraliste (Nom et prénom) : Lieu d'exercice : Oui Non

Psychiatre (Nom et prénom) : Lieu d'exercice : Oui Non

Psychologue (Nom et prénom) : Lieu d'exercice : Oui Non

IDE psy (Nom et prénom) : Lieu d'exercice : Oui Non

Autre : précisez : Lieu d'exercice : Oui Non

Renseignements sur la TS

Date TS :/...../..... Passage en réanimation : Oui Non Primosuicidant : Oui Non

Mode et lieu de la TS : Association avec alcool : Oui Non

Motifs TS :

de suicide : Oui, qui et comment ? : Non

Antécédents familiaux  de TS : Oui, qui et comment ? : Non

Orientation – Contexte de sortie

Date d'hospitalisation :/...../..... Lieu d'hospitalisation :

Date de sortie de l'hôpital :/...../..... Accompagnant : Oui (préciser qui) Non

Préciser les grandes lignes du « compromis de sortie » (plan de soins proposés et adhésion du patient et/ou des proches etc.)

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

Si mineur

Nom-Prénom de l'autorité : Téléphone :

Lien avec le mineur :

Personne sourde Malentendante Langue des Signes Françaises Appareillé(e)

Personne malvoyante Aveugle

Nom-Prénom de l'autorité : Téléphone :

Lien avec le mineur :

Personne sourde Malentendante Langue des Signes Françaises Appareillé(s)

Personne malvoyante Aveugle

Lieu de résidence habituelle :