

## LE DEMANDEUR

Nom de la structure :

.....

Date de la demande : .... / .... / .....

Nom du demandeur :

.....

Fonction : .....

☎ | | | | | | |

@ .....

### CHAMP D'INTERVENTION

- ☐ Structure et association sociale ou d'insertion
- ☐ Services sociaux
- ☐ Structure d'accueil et d'accompagnement des migrants
- ☐ Partenaires médico-sociaux,
- ☐ Partenaires psychiatriques
- ☐ Partenaires sanitaires somatiques
- ☐ Par la personne elle-même
- ☐ Autre origine de la demande
- ☐ Ne sait pas

Autre professionnel(le) :

## MERCI DE JOINDRE UN DOCUMENT D'IDENTITÉ

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .... / .... / ..... Lieu de naissance : ..... Nationalité : .....

Sexe : Féminin ☐ Masculin ☐

Situation administrative : .....

Langue maternelle : ..... Langue parlée ..... Interprétariat : oui ☐ (Z6030) non ☐

Adresse Lieu de Vie : .....

Adresse Domiciliation : .....

Tél : | | | | | | | e-mail.....

Protection juridique : non ☐ oui ☐ (Z653) curatelle simple ☐ curatelle renforcée ☐ tutelle ☐ ne sait pas ☐

Responsable de la mesure : .....

Personne de confiance : .....

### LIEU DE VIE :

- ☐ Fixe stable (propriétaire ou locataire avec contrat nominatif)
- ☐ Famille, ami (hébergé à titre payant ou gratuit)
- ☐ Hébergé par organisme ou association de façon suivie (Z590)
- ☐ Hébergement d'urgence pour quelques nuitées y compris 115 (Z590)
- ☐ Bidonville, squat, caravane (Z5913) (Z595)
- ☐ Rue dont voiture (Z590) (Z595)
- ☐ Autre
- ☐ Ne sait pas

### MODE DE VIE :

- ☐ Célibataire
- ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e)
- ☐ Veuf(ve)
- ☐ Concubin(e)
- ☐ Séparé(e)
- ☐ Divorcé(e)
- ☐ Sans info
- ☐ Nombre d'enfants ..... dont ..... vivant(s) au foyer

### RESSOURCES :

- Salaire ☐ Invalidité ☐ Retraite ☐ Assedic ☐
- RSA ☐ (Z5962) A.A.H. ☐ (Z5968) Sans ressources ☐ (Z5950 / Z5958)
- Sans info ☐ Autre : .....
- Situation Pro : .....

### PROTECTION SOCIALE : ( fournir attestation)

- N° Sécu : | | | | | | | |
- Régime général ☐ Mutuelle ☐ ALD 30 ☐ Sans Info ☐
- AME ☐ (Z5961) CMU ☐ (Z5960) ACS ☐ (Z5960)
- Aucune ☐ (Z5970) Demande en cours ☐ (Z5970)

### DONNEES MEDICALES (si connues)

MEDECIN TRAITANT : non ☐ oui ☐ Coordonnées :

.....

ANTECEDENTS SOMATIQUES :

.....

TRAITEMENT :

.....

ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES :

.....

.....

TRAITEMENTS :

.....

.....

**MOTIF DU SIGNALEMENT :**

Date du début des troubles repérés par le signaleur : .... / .... / .....

Idées délirantes ☐ oui ☐ non

Idées dépressives ☐ oui ☐ non

Troubles du comportement ☐ oui ☐ non

Idées suicidaires ☐ oui ☐ non

Trouble du sommeil ☐ oui ☐ non

Anxiété ☐ oui ☐ non

Discours incohérents ☐ oui ☐ non

Bizarrerie ☐ oui ☐ non

Addiction ☐ oui ☐ non

Autres : .....

## DESCRIPTIF DE LA DEMANDE :

Le patient a-t-il été informé de votre démarche ? ☐ oui ☐ non

Le patient est-il d'accord pour rencontrer l'EMPP ? ☐ oui ☐ non

### SIGNALEMENT :

This image shows a full page of a document template designed for handwritten notes or essays. It features approximately 28 evenly spaced horizontal grey lines across the entire page, providing a guide for writing. The margins are consistent on all sides, and there are no pre-filled sections, headers, or footers.

**REDIGÉ PAR :**