

LE DEMANDEUR

Nom de la structure :
.....

Date de la demande : / /

Nom du demandeur :
.....

Fonction :

Téléphone : |__|__|__|__|__|

E-mail : @.....

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 :

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 SIGNALLEMENT :

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

Idées délirantes	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Anxiété	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Idées dépressives	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Discours incohérents	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Troubles du comportement	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Bizarrie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Idées suicidaires	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Addiction	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Trouble du sommeil	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> 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 :

REDIGÉ PAR :

PAGE 2/2