

Établie le (jour - mois) : -

Pièce d'identité présentée oui non

Si oui, type de pièce d'identité _ _ _ _ _

Etiquette

- **NOM D'USAGE :**
- **NOM DE NAISSANCE :**
- **Prénom(s) :**
- **Date de naissance :**
- **Sexe :** Masculin Féminin
- **Vu pour la 1^{ère} fois en psychiatrie :**
- **Secteur de rattachement Chartreuse :** / /
- **Lieu de résidence habituelle du patient** dans le secteur (d'hosp) hors du secteur sans info
- **Domicile :** (n°, type et nom de la voie)
- **Code postal, Ville :**
- **Téléphone :**
- **Adresse mail :**
- **Téléphone portable :**

Domicile**Mode de vie**

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hôpital (sans perspective de logement à la sortie) | <input type="checkbox"/> Chez un seul parent | <input type="checkbox"/> En famille d'accueil |
| <input type="checkbox"/> Précaire | <input type="checkbox"/> Chez ses 2 parents | <input type="checkbox"/> En institution |
| <input type="checkbox"/> Sans abri | <input type="checkbox"/> Dans la famille / chez des proches | <input type="checkbox"/> En couple sans enfant |
| <input type="checkbox"/> Stable | <input type="checkbox"/> Seul | <input type="checkbox"/> Seul avec enfant |
| <input type="checkbox"/> Sans info | <input type="checkbox"/> En couple avec enfant | |
| | <input type="checkbox"/> Sans info | |

DONNEES SOCIALES**Situation matrimoniale légale****Situation scolaire****Situation professionnelle**

- | | | |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Célibataire | <input type="checkbox"/> Non scolarisé | <input type="checkbox"/> Activité en milieu ordinaire |
| <input type="checkbox"/> Marié(e) | <input type="checkbox"/> Etablissement médico-social | Profession : |
| <input type="checkbox"/> PACS | <input type="checkbox"/> Etablissement sanitaire | <input type="checkbox"/> Activité en milieu protégé |
| <input type="checkbox"/> Veuf(ve) | <input type="checkbox"/> Milieu ordinaire | <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi > 12mois |
| <input type="checkbox"/> Divorcé(e) | <input type="checkbox"/> Classe spécialisée | <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi < 12 mois |
| <input type="checkbox"/> Sans info | <input type="checkbox"/> Sans objet * | <input type="checkbox"/> Sans activité |
| | <input type="checkbox"/> Sans info | <input type="checkbox"/> Sans objet <input type="checkbox"/> Sans info |

* à renseigner pour les adultes

RESSOURCES PRINCIPALES

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ressources propres | <input type="checkbox"/> Ressources familiales | <input type="checkbox"/> Ressources sociales | <input type="checkbox"/> Sans ressources |
| <input type="checkbox"/> Sans info connue | | | |

BÉNÉFICIAIRE D'UNE ALLOCATION

- Prestation handicap *AAH, ACTP, PCH, AEEH, APA* oui non sans info
Invalidité, autres...**
- Minimum social *RSA, API***, autre* oui non sans info
- CMU Complémentaire oui non sans info
- Aucune de ces prestations oui non sans info

**ACTP : Allocation compensatrice tierce personne, PCH : prestation compensatrice handicap, APA : allocation personnalisée autonomie, AEEH : Allocation éducation enfant handicapé.

*** Allocation parent isolé

RESPONSABILITÉ LÉGALE

- Mineur
 Mineur émancipé
 Mineur protégé
 Capable majeur
 Majeur protégé
 Sans info

NATURE DE LA PROTECTION

- Mesure administrative ambulatoire
 Mesure administrative avec placement
 Mesure judiciaire ambulatoire
 Mesure judiciaire avec placement
 Sauvegarde
 Curatelle
 Curatelle renforcée
 Tutelle
 Sans info

Tuteur ou curateur

Tél.

Date de la mesure

Médecin généraliste traitant :

Dr
Ville :
Tél. :

Psychiatre hospitalier intra : Dr

Psychiatre hospitalier extra : Dr

Psychiatre autre établissement : Dr

Psychiatre libéral : Dr

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS COMPLÉMENTAIRES

- Commune de naissance :
- Département de naissance :
- Nationalité :
- Personne à charge :

• Père :
(Obligatoire pour un mineur)

• N° SS :

• Centre :

• Mutuelle :

• ALD 30

• Mère :
(Obligatoire pour un mineur)

PERSONNE(S) À PRÉVENIR

- Nom, prénom :
- Adresse :
.....
- Téléphone :
- Portable :
- Qualité / patient :
- Adresse mail :
- Pas de personne désignée

PERSONNE DE CONFIANCE (Loi du 04.03.2002)

- Nom, prénom :
- Adresse :
.....
- Téléphone :
- Portable :
- Qualité / patient :
- Adresse mail :
- Pas de personne désignée