

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<sup>ère</sup> 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